

ISBN. 978-602-74417-0-5

PROSIDING

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

4th Adult Nursing in Practice: Using Evidence in Care

“INTEGRASI MULTIPROFESIONAL DALAM *END OF LIFE CARE*:
TEORI DAN PRAKTIK”

Semarang, 21 Mei 2016



**JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO**

PROCEEDING

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

4th Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care

“INTEGRASI MULTIPROFESIONAL DALAM *END OF LIFE CARE* : TEORI DAN PRAKTIK”



Tim Penyunting:

Ns. Dody Setyawan, S.Kep., M.Kep

Ns. Henni Kusuma, M.Kep., Sp.Kep.MB

Semarang, 21 Mei 2016

Diselenggarakan oleh:

JURUSAN KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

Jl. Prof. H. Soedarto, SH Tembalang, Semarang 50265

Telp. (024) 76480919 Fax. (024) 76486849

PROCEEDING SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

4th Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care

“INTEGRASI MULTIPROFESIONAL DALAM END OF LIFE CARE : TEORI DAN PRAKTIK”

EDITOR : Dody Setyawan, Henni Kusuma,

LAYOUT EDITOR: Nur Laili Fithriana

DESAIN SAMPUL: Niken Safitri Dyan Kusumaningrum

DIPUBLIKASIKAN OLEH JURUSAN KEPERAWATAN FK UNDIP

JL. PROF H. SOEDHARTO SH

TEMBALANG, SEMARANG, JAWA TENGAH 50265

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.

Proceeding Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan

“4th Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care”

“INTEGRASI MULTIPROFESIONAL DALAM END OF LIFE CARE : TEORI DAN PRAKTIK”

Semarang: Jurusan Keperawatan FK UNDIP, 2016

1 eksemplar, x, 150 halaman, 8.27” x 11.69”

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

4th Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care

“INTEGRASI MULTIPROFESIONAL DALAM END OF LIFE CARE: TEORI DAN PRAKTIK”

Kami mengucapkan terima kasih kepada tim *reviewer*:

Mardiyono, S.Kp., MNS, Ph.D

Yuni Armiyati, S.Kp., M.Kep., Sp.KMB

Suhartini, S.Kp., MNS

Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes

Wahyu Hidayati, S.Kp., M.Kep., Sp.KMB

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum, Wr., Wb.

Salam Sejahtera untuk kita semua.

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, dimana kita dapat bersama-sama meluangkan waktu dan meringankan langkah untuk hadir dalam acara Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan hari ini dengan tema **“Integrasi Multiprofesional Dalam *End Of Live Care*: Teori dan Praktik”**.

Atas nama panitia kegiatan, saya ingin mengucapkan selamat datang kepada Anda sekalian para peserta Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan 4th *Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care* di Semarang, Indonesia.

Sejalan dengan pesatnya kemajuan teknologi dan informasi, tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas juga semakin meningkat. Perawat sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan profesional yang terkini meliputi bio-psiko-sosio-spiritual. Perawat juga dituntut untuk selalu berpikir kritis dalam mengambil keputusan perawatan klien, berdasarkan *evidence based practice* atau bukti terbaik yang ditemukan. Dengan memberikan asuhan keperawatan berbasis *evidence* diharapkan dapat menghasilkan perawatan klien yang berkualitas, efektif, efisien, dan terstandar.

Saat ini, keperawatan di Indonesia masih terus meningkatkan kuantitas dan kualitas aplikasi *Evidence Based Nursing Practice* dalam pemberian layanan asuhan keperawatan. Aplikasi *evidence based nursing* ini dapat mencakup dalam semua area keperawatan, termasuk juga dalam memberikan perawatan pada pasien dengan kondisi *end of life*. Perawatan pasien pada fase ini, meliputi pemenuhan aspek biologi, psikis, sosial, dan spiritual. Pasien tidak hanya perlu pendampingan dan perawatan dari perawat saja, tetapi juga melibatkan semua tenaga kesehatan lain. Setiap tenaga kesehatan memiliki peranan signifikan yang dapat menunjang kesembuhan pasien dalam menghadapi akhir kehidupan. Pada seminar ilmiah kali ini, kami mengangkat tema **“Integrasi Multiprofesional dalam *End Of Live Care*: Teori dan Praktik”** yang membahas tentang bagaimana kolaborasi dan peranan masing – masing tenaga kesehatan

dalam memberikan perawatan kepada pasien dalam menghadapi akhir kehidupan (*end of life*). Dengan seminar ini, diharapkan terjadi kolaborasi yang dinamis dengan berorientasi pada kualitas kehidupan pasien dan dapat meningkatkan standar kualitas pelayanan keperawatan di Indonesia.

Untuk mendukung hal tersebut, maka Departemen Keperawatan Dewasa, Jurusan Keperawatan FK UNDIP menyelenggarakan Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan ini untuk mengetahui perkembangan terbaru mengenai aplikasi *Evidence Based Nursing Practice* khususnya di area keperawatan dewasa pada pasien *end of live*, sehingga nantinya diharapkan dapat diterapkan dalam pelayanan kesehatan terpadu sebagai kegiatan profesional keperawatan.

Akhir kata, jika ada kekurangan dalam penyelenggaraan seminar ini, kami mohon maaf. Selamat mengikuti seminar dan rangkaian kegiatan pendukungnya. Semoga apa yang kita lakukan hari ini bermanfaat untuk kemajuan keperawatan di masa depan. Amin.

Waasalamualaikum ,Wr., Wb.

Semarang, 21 Mei 2016

Ketua Panitia,



Niken Safitri Dyan K, M.Si.Med
NIP. 198107272008122001

SUSUNAN PANITIA

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

4th Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care

“INTEGRASI MULTIPROFESIONAL DALAM *END OF LIFE CARE*: TEORI DAN PRAKTIK”

Ketua : Ns. Niken Safitri Dyan K, M.Si.Med

Sekretaris : Nur Laili Fithriana, S.Kep

Bendahara : Titik Prawitarsih, S.E

Sie Ilmiah : Ns. Dody Setyawan, S.Kep., M.Kep

Chandra Bagus Ropiyanto, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.MB

Ns. Henni Kusuma, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB

Sie Acara : Ns. Ahmat Pujianto, S.Kep., M.Kep

Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep., M.Kep

Ns. Nana Rochana, S.Kep., MN

Sie Pudekdok dan Danus : Ns. Susana Widyaningsih, S.Kep., MNS

Margiyono

Sie Konsumsi : Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep., M.Sc

Sie Perlengkapan : Erlangga

Sodiri

SUSUNAN ACARA
Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan
4th Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care
“INTEGRASI MULTIPROFESIONAL DALAM END OF LIFE CARE : TEORI DAN PRAKTIK”
Semarang, 21 Mei 2016

Waktu	Kegiatan	Narasumber	Metode
07.00 – 08.30	Registrasi	-	-
08.30 – 09.00	Pembukaan	-	-
09.00 – 09.45	<i>Keynote speech</i> “ <i>Trend dan Issues Perawatan Pasien End of Life</i> ”	Wahyu Hidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.KMB	Ceramah
09.45 – 10.00	Coffee break	-	-
10.00 – 11.30	<i>Plenary Session</i> 1. Peran Tenaga Medis dalam Pengelolaan Pasien <i>End of Life</i> 2. Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> dalam <i>End of Life Care</i> 3. Aspek Psikososial pada Pasien <i>End of Life</i>	1. dr. Probosuseno, Sp.PD, Ger (K) 2. Dr. Christantie 3. Dra. Probowatie Tjondronegoro, M.Si, Psikolog Moderator: Chandra Bagus R, S.Kp, M.Kep., Sp.Kep.MB	Diskusi Panel
11.30 – 12.30	ISHOMA	-	-
12.30 – 13.30	<i>Poster presentation</i>	<i>All poster presenters</i>	-
13.30 – 15.00	<i>Oral presentation</i>	<i>All oral presenters</i>	-
15.00 – 15.30	Penutupan		

DAFTAR ISI

Halaman Judul	ii
Kata Pengantar	v
Susunan Panitia	vii
Susunan Acara	viii
Daftar Isi	ix
<i>Keynote Speaker</i>	
<i>Trends dan Issue Perawatan Pasien End of Life</i>	
Wahyu Hidayati, S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB	1
<i>Diskusi Panel</i>	
1. Peran Tenaga Medis dalam Pengelolaan Pasien <i>End of Life</i> dr. Probosuseno, Sp.PD.K-Ger, FINASIM	16
2. Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> dalam <i>End of Life Care</i> Christantie Effendy, S,Kp., M.Kes., PhD	19
3. Aspek Psikososial pada Pasien <i>End of Life</i> Dra. Probowatie Tjondronegoro, M.Si, Psikolog	40
<i>Oral Presenter</i>	
1. Analisis Faktor-Faktor yang berhubungan dengan <i>Gastric Residual Volume</i> pada Pasien yang Mendapat Nutrisi Enteral Metode Bolus <i>Feeding</i> Di Ruang ICU RSUD Tugurejo Semarang <u>Setianingsih</u> , Yuyun Rahayu, Anastasia Anna	52
2. <i>Hemodialysis Patients : Behavioral Determinants of Life</i> Muncul Wiyana, Sri Subekti, <u>Rendi E.D</u> , Nurlaili K	62
3. Kebutuhan Spiritual Pasien Kanker Nasofaring di RSUD dr. Kariadi Semarang V. Dyah Purihastuti, <u>Niken Safitri DK</u>	69
4. Kualitas Hidup Anak Penderita Kanker yang Menjalani Kemoterapi di RSUD dr. Kariadi dan RSUD dr. Moewardi Hana Adilah, <u>Yuni Dwi Hastuti</u>	76
<i>Poster Presenter</i>	
1. Pengaruh Senam Kaki Diabetik terhadap Sensitivitas Kaki pada Pasien Diabetes Melitus di RSUD dr. R. Soeprapto Cepu <u>Mugi Hartoyo</u> , Iis Sriningsih, Aris Widodo	85
2. Pengaruh Mendengarkan Bacaan Al-Qur'an terhadap Penyembuhan Luka Post Sirkumsisi <u>Sri Hananto Ponco Nugroho</u>	92
3. Pengaruh <i>Hypnoparenting</i> terhadap Kebiasaan Sarapan Pagi pada Siswa Kelas I di SDN Buah Batu Baru Bandung <u>Rini Mulyati</u>	97
4. Hubungan Efikasi Diri dengan Motivasi Kerja <i>Problem Solver</i> dalam Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Mutu dengan <i>Problem Solving for Better Hospital</i> (PSBH) di RSUD dr. Sardjito <u>Yasinta Nur Rohmah</u> , Ariani Arista Putri Pertiwi, Nuryandari	106


5. Efektifitas Terapi Bermain pada Anak Usia Prasekolah Saat Hospitalisasi untuk Mengatasi <i>Stranger Anxiety</i> di Ruang Melati RSUD dr. R. Koesma Tuban <u>Sunanita, Moh. Ubaidillah Faqih</u>	107
6. Hubungan Tingkat Kecerdasan Spiritual dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Tugurejo Semarang Fitri Haryati, <u>Dody Setyawan</u>	118
7. Pengaruh <i>Hipnotherapy</i> terhadap <i>Penurunan</i> Tingkat Nyeri dan Kecemasan pada Pasien Kemoterapi Di RSUP dr. Kariadi <u>Anna Jumatul Laely, Sri Harmini S, Mexitalia S.</u>	127
8. Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Sindrom Koroner Akut Di RSUD Tugurejo Semarang Siska Luthfianingtyas, <u>Ahmat Pujiyanto</u>	135
9. Gambaran Kualitas Hidup Keluarga Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi di RSUP dr. Kariadi Semarang WInarsih, <u>Reni Sulung Utami</u>	143

Keynote Speaker

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

4th Adult Nursing in Practice: Using Evidence in Care

“INTEGRASI MULTIPROFESIONAL DALAM *END OF LIFE CARE*:
TEORI DAN PRAKTIK”



Trend and Issues in End of Life Care

Ns. Wahyu Hidayati, M.Kep, Sp.KMB

OBJEKTIF

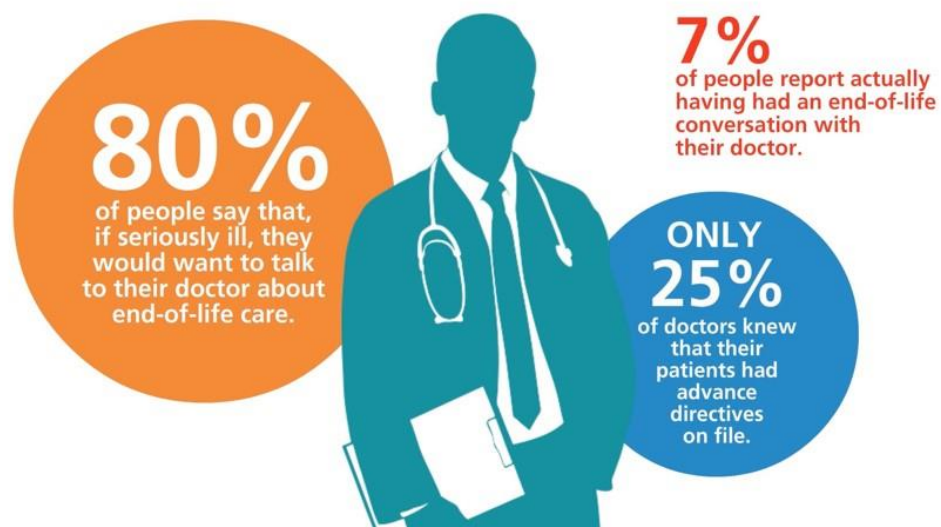
- Menggambarkan makna penderitaan
- Menggambarkan elemen end-of-life care
- Menjelaskan palliative care
- Menggambarkan hospice dan standar program palliative care

2

PENDAHULUAN

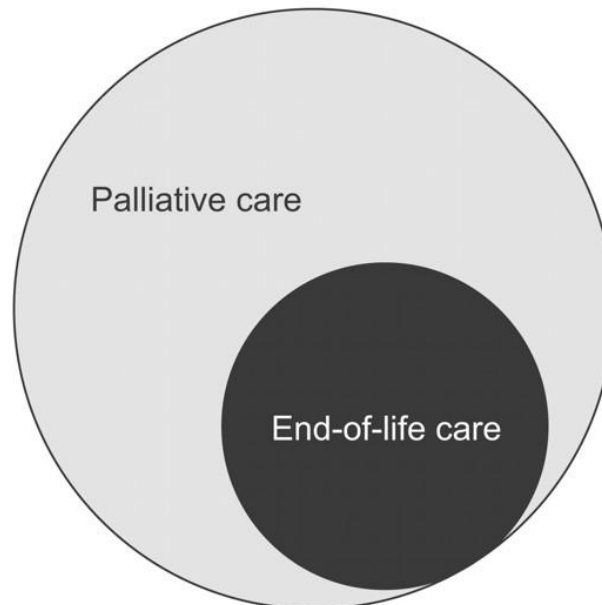
- Pengalaman dalam menghadapi *end of life*/akhir kehidupan diasumsikan berhubungan dengan penderitaan
- Definisi melibatkan dua pemahaman tersebut (akhir kehidupan dan penderitaan)
- Tujuan *end-of-life care* (perawatan akhir kehidupan) yang berkualitas dalam rangka menurunkan penderitaan yang tidak diperlukan agar lebih memberikan pengalaman yang memiliki makna lebih positif
- Perlu → setiap orang yang terlibat untuk memahami tentang penderitaan, unsur-unsur lain pengalaman saat menghadapi akhir hidup, jenis intervensi yang dapat membantu, dan sumber daya dan kerja sama tim yang diperlukan untuk membuat intervensi ini tersedia.

3



4

Schematic diagram for use of the terms “palliative care” and “end-of-life care”.



J. R. Curtis Eur Respir J 2008;32:796-803

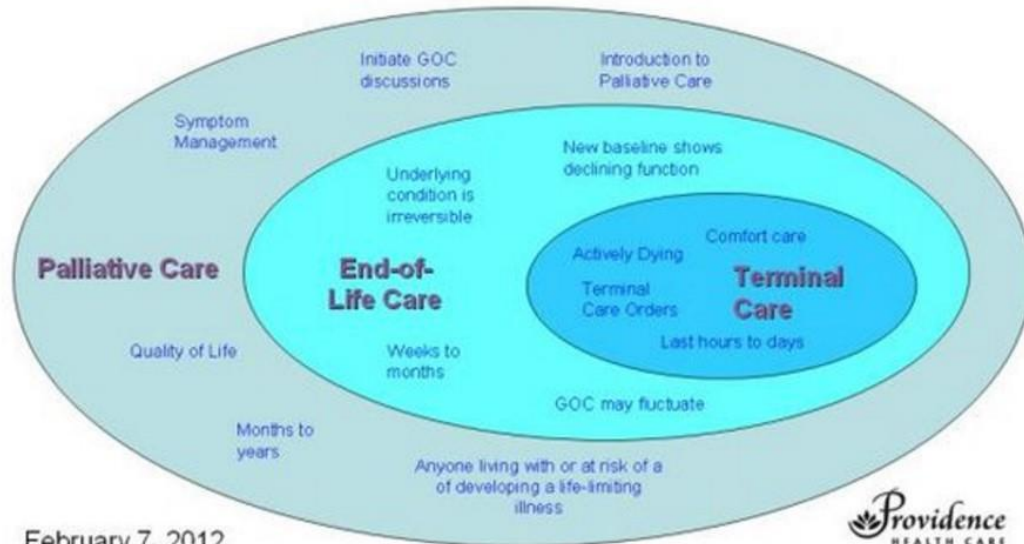
©2008 by European Respiratory Society

5

- Palliative care: Improving quality of life for patients with serious illness
- End-of-life care: For those who are entering the last phase of life
- Hospice: A model for delivery of end-of-life care → Palliative Care, Hospice Care, End-of-life Care

6

What is the difference between Palliative Care, End-of-Life Care, and Terminal Care?



MAKNA “MENDERITA”

- Cassel mengatakan : “bodies do not suffer, only persons do.”
- MENDERITA dapat terjadi saat seseorang merasa dirinya terancam.
- Penderitaan pada pasien dengan advanced illness
→ tidak unik bagi setiap individu

ELEMEN SUFFERING

- Cicely Saunders, pendiri gerakan hospice modern :
- 4 ELEMEN "Total Sakit" :
 - rasa sakit fisik,
 - psikologis (emosional),
 - sosial (termasuk praktis), dan
 - spiritual.

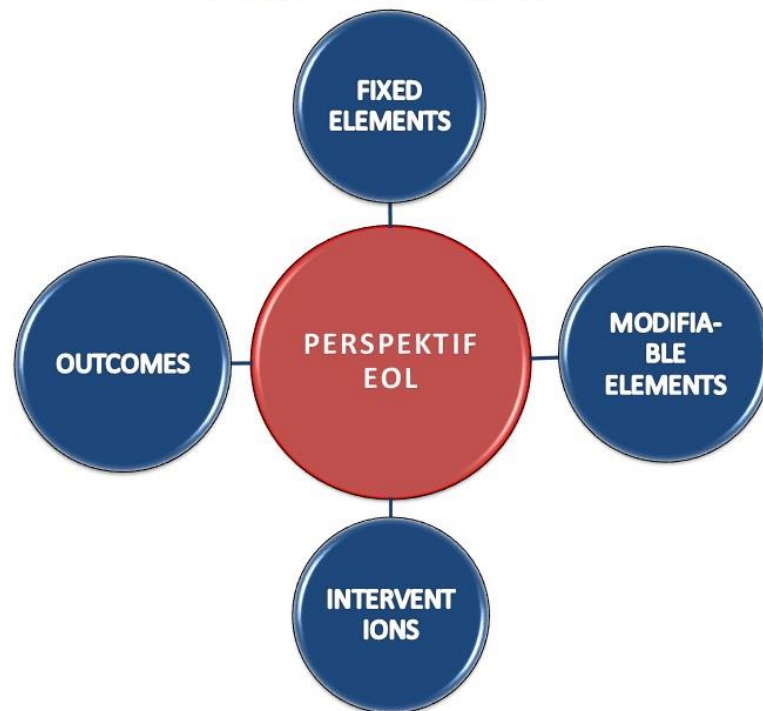
9

END OF LIFE

- Mengacu kepada perawatan tentang tahap akhir dari kehidupan dan berfokus pada perawatan orang sekarat dan keluarga mereka.
- Jangka waktu untuk *end of life care* dapat berubah-ubah dan harus dipertimbangkan variabel tergantung pada lintasan penyakit pasien

10

END OF LIFE



11

Fixed characteristics of the patient

- Issues that arise as a person faces the end of his or her life, or as people face the loss of a loved one, are handled differently by people depending on their **background and experience of life, ie, race, ethnicity, culture, religion, socioeconomic class, etc.**

12

Modifiable dimensions

- Physical symptoms, psychological and cognitive symptoms, social relationships and support, economic demands and caregiving needs, hopes and expectations, and spiritual, cultural, and existential beliefs can all change with time and effort.

13

Health system interventions

- Fokus utama banyak berupa jenis intervensi medis
- Diberikan oleh dokter dan profesional
- Support daari keluarga dan teman serta masyarakat → menjadi sumber
- Institusi dan penyedia sumber layanan

14

Outcomes

- There are both **objective and subjective measures** that are important in assessing the overall quality of care for dying patients and their families.

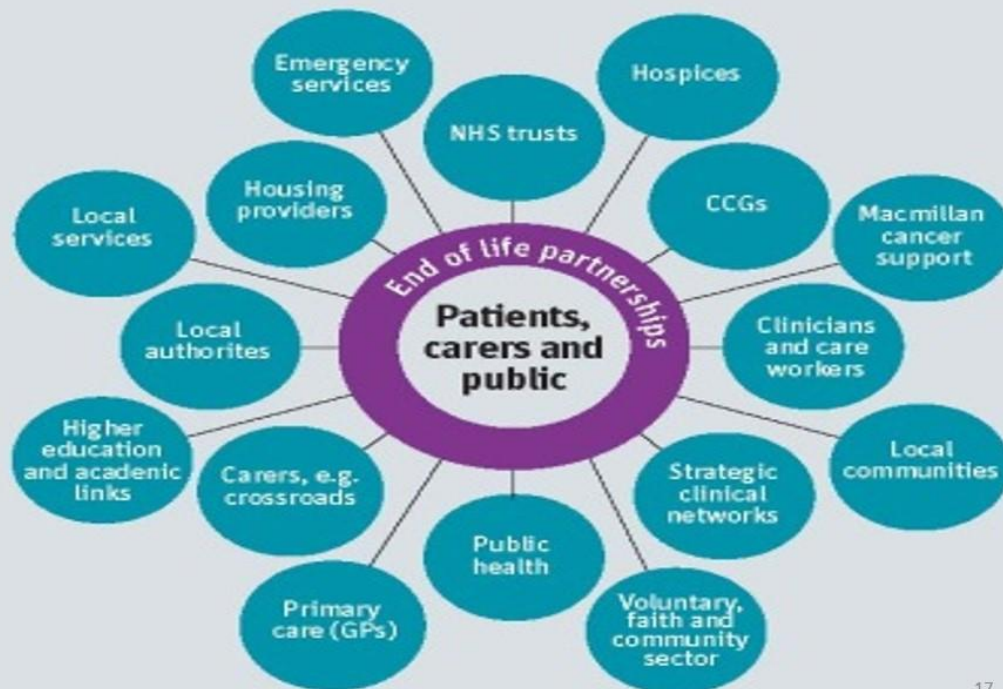
15

- Rekomendasi : mempertimbangkan akhir-of-hidup perawatan dari berbagai perspektif dan fokus ini interdisipliner (ekonomi, etika, dan legislatif) harus diperluas untuk mengatasi implisit, asumsi yang keliru bahwa pilihan yang terjangkau, tersedia, dan dapat diakses oleh semua.

Deborah Viola, PhD, David C. Leven, JD, and Jean C. LePere, MS, MPH

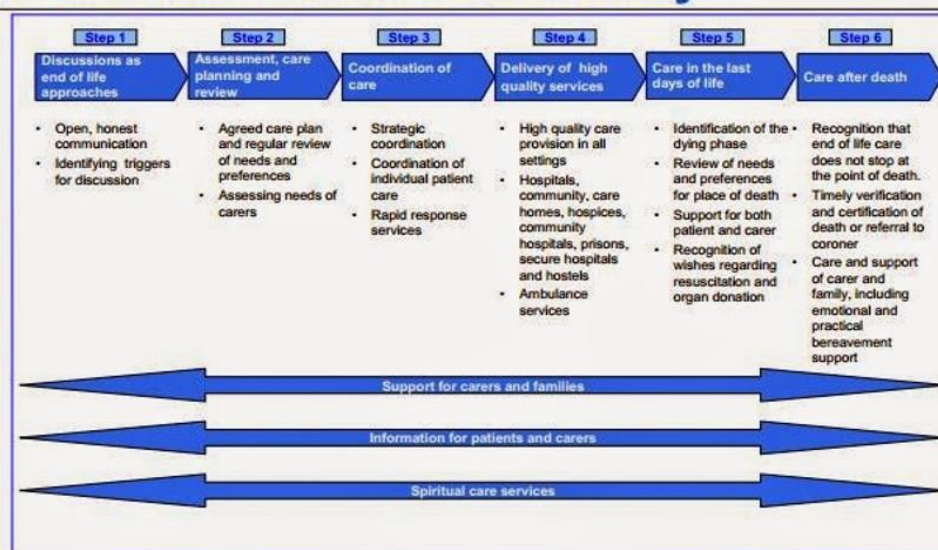
16

GROUP EFFORT: THE STAKEHOLDERS AND PARTNERS INVOLVED IN END OF LIFE CARE



17

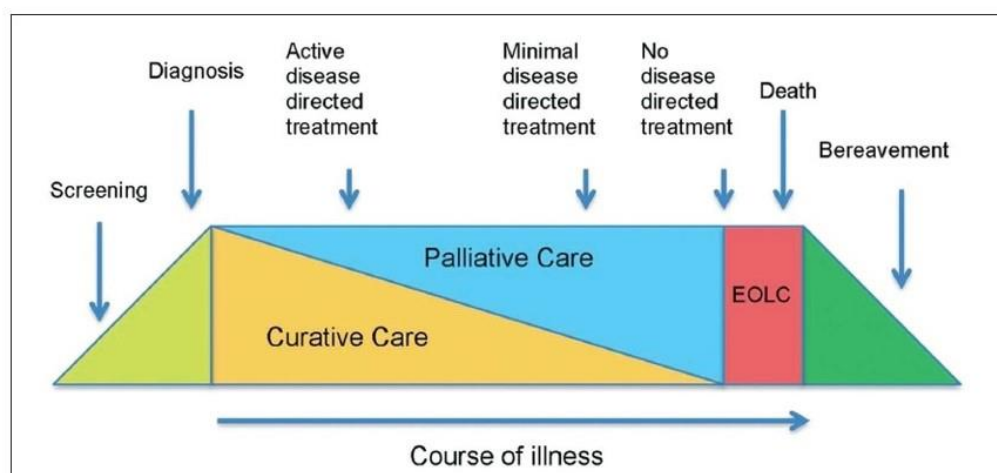
The End of Life Care Pathway



PERAWATAN PALIATIF

- Perawatan medis yang berfokus pada mengurangi intensitas gejala penyakit.
- Perawatan paliatif berfokus pada mengurangi keunggulan dan keparahan gejala.

19



20

The World Health Organization Describes Palliative Care As

"an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual."



Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor:812/Menkes/SK/VII/2007

- **KEBIJAKAN PERAWATAN PALIATIF**
- Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual (sumber referensi WHO, 2002).

22

LINGKUP KEGIATAN PERAWATAN PALIATIF

1. Jenis kegiatan perawatan paliatif meliputi :
 - Penatalaksanaan nyeri.
 - Penatalaksanaan keluhan fisik lain.
 - Asuhan keperawatan
 - Dukungan psikologis
 - Dukungan sosial
 - Dukungan kultural dan spiritual
 - Dukungan persiapan dan selama masa dukacita (*bereavement*).
2. Perawatan paliatif dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan/rawat rumah.

23

Pembinaan Dan Pengawasan

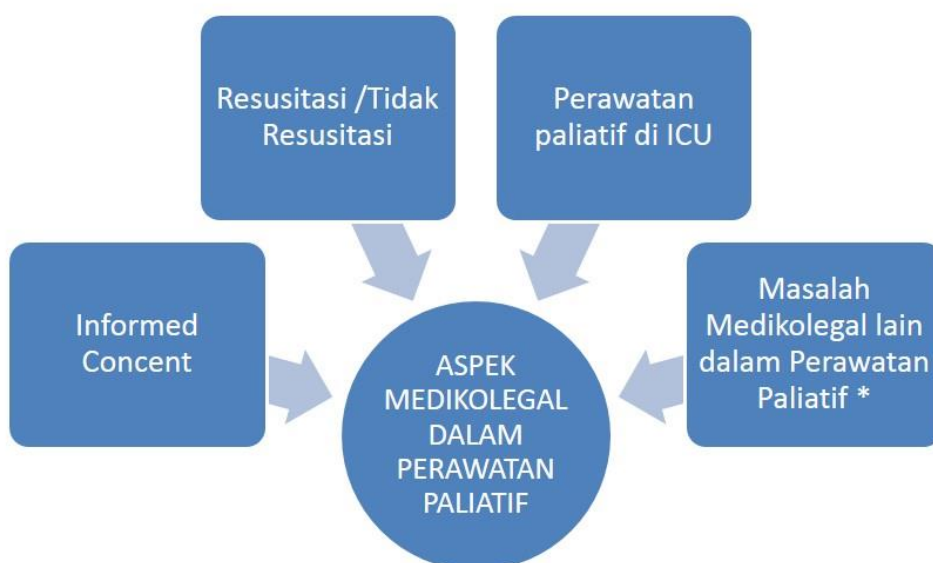
- Pembinaan dan pengawasan dilakukan melalui sistem berjenjang dengan melibatkan perhimpunan
- profesi/keseminatan terkait. Pembinaan dan pengawasan tertinggi dilakukan oleh Departemen Kesehatan.

24

- **Persamaan Palliative Care and Hospice:**
interdisciplinary, holistic, patient and family focused, quality of life, communication, symptom management

27

ASPEK MEDIKOLEGAL DALAM PERAWATAN PALIATIF



28

Masalah medikolegal lainnya pada perawatan pasien paliatif *)

- a. Tim Perawatan Paliatif bekerja berdasarkan kewenangan yang diberikan oleh Pimpinan RS, termasuk pada saat melakukan perawatan di rumah pasien.
- b. Pada dasarnya tindakan yang bersifat kedokteran harus dikerjakan oleh tenaga medis, tetapi dengan pertimbangan yang memperhatikan keselamatan pasien tindakan-tindakan tertentu dapat didelegasikan kepada tenaga kesehatan non medis yang terlatih. Komunikasi antara pelaksana dengan pembuat kebijakan harus dipelihara.

29

Materi Pembicara

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

4th Adult Nursing in Practice: Using Evidence in Care

**“INTEGRASI MULTIPROFESIONAL DALAM *END OF LIFE CARE*:
TEORI DAN PRAKTIK”**

PERAN TENAGA MEDIS DALAM PENGELOAAN PASIEN *END OF LIFE*

Oleh: **Probosuseno**

Divisi Geriatri Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UGM Yogyakarta,
Kepala Klinik Geriatri/Ketua Geriatri RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
Ketua Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Yogyakarta, Pengurus YKI Cabang Sleman,
DIY

Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan 2016 FK Undip Sabtu 21 Mei 2016

ABSTRAK: Kondisi pasien tahap akhir kehidupan (*end of life*=EOL) tidaklah sama masalahnya. Kondisi psikologisnya juga beragam, terlebih pasien yang lanjut usia yang memiliki potensi masalah psikososial. Berbagai modalitas terapi dilakukan yang melibatkan banyak personel baik medis, paramedis dan non medis..dengan pengobatan medis dan complementary and alternative medicine (CAM). Tujuan pertolongan pada EOL adalah agar sisa umur dapat selama mungkin dengan kualitas hidup yang sebaik mungkin (bebas nyeri dan penderitaan lain). Perawatan paliatif dengan sistem perawatan terpadu memberikan hasil yang memuaskan, caranya dengan tindakan medis (terutama pain killer), dukungan spiritual dan psikososial mulai saat diagnosa ditegakkan sampai akhir hayat. Idealnya dukungan terus diberikan kepada keluarganya yang merasa kehilangan/ berduka. Di Indonesia aturan telah ada sejak 1989, namun sosialisasi layanan perawatan paliatif harus selalu digencarkan, mengingat sejumlah 93,5-100% masyarakat belum tahu “apa perawatan paliatif itu?” Perawatan paliatif bukan hanya bagi penderita kanker stadium lanjut, tetapi juga penderita HIV/AIDS, gagal ginjal, gagal hati berat, COP, demensia berat, dan para lanjut usia yang dependen total untuk Aktivitas Hidup Dasar Sehari-harinya. Pengeloaan EOL membutuhkan pendekatan yang lebih cermat, sabar, dan melibatkan profesi lain, lebih-lebih jika pasien memiliki comorbid gangguan/ penyakit. Dokter sebagai care manager menangani secara medis kondisi yang mengancam jiwa dan gangguan yang lain (sesak nafas karena pneumonia, ISK, konstipasi, mual, muntah, diare dengan dehidrasi, dekubitus, obstruksi saluran pencernaan, dll) dan harus berkolaborasi dengan profesi lain (perawat, fisioterapis, psikolog, pekerja sosial, rohaniwan, ahli gizi, pramurukti, dll). Case manager dapat berpindah peran ke perawat yang memang sehari-hari mengelola pasien. Perawatan EOL yang sifatnya paliatif bisa dilakukan di rumah sakit atau klinik, tetapi juga dapat diberikan di rumah sehingga diperlukan caregiver. Pengetahuan penanganan masalah sesak nafas, nutrisi, mual-muntah, sulit tidur, cemas-depresi, nyeri secara medis dan CAM (doa, zikir, meditasi, terapi musik, terapi suara al quran, dll, dukungan keluarga, cara berkomunikasi, ilmu interaksi obat, discharge patient, ketajaman placement, dll) harus disebarluaskan. Caregiver seharusnya memiliki sifat penyayang, santun, sabar, simpatik, pintar dan disiplin

Key words: *peran dokter – pasien end of life*

PENDAHULUAN

Kondisi pasien tahap akhir kehidupan (end of life=EOL) tidaklah sama problemanya. Ada yang gawat dan multipatologis, ada pula gawat dengan penyakit tunggal. Kondisi psikologisnya juga beragam, terlebih pasien yang lanjut usia yang memiliki potensi masalah psikososial. Penyandang penyakit yang sulit disembuhkan dan diperberat komplikasi (terlebih sakit kanker end stage) akan menjadikan kualitas hidup rendah, penderitaan lahir batin yang panjang, serta menjadi beban bagi sekitarnya. Berbagai modalitas terapi dilakukan yang melibatkan banyak personel baik medis, paramedis dan non medis dengan pengobatan medis dan CAM. Tujuan pertolongan pada EOL adalah agar sisa umur dapat selama mungkin dengan kualitas hidup yang sebaik mungkin (bebas nyeri dan penderitaan lain).

PEMBAHASAN

Perawatan paliatif dengan sistim perawatan terpadu memberikan hasil yang memuaskan, caranya dengan tindakan medis (terutama pain killer), dukungan spiritual dan psikososial mulai saat diagnosa ditegakkan sampai akhir hayat.

Idealnya dukungan terus diberikan kepada keluarganya yang merasa kehilangan/berduka. Di Indonesia aturan telah ada sejak 1989, namun sosialisasi layanan perawatan paliatif harus selalu digencarkan, mengingat sejumlah 93,5-100% masyarakat belum tahu “apa perawatan paliatif itu?”

Perawatan paliatif bukan hanya bagi penderita kanker stadium lanjut, tetapi juga penderita:

- HIV/AIDS,
- gagal ginjal,
- gagal hati berat,
- COPD,
- demensia berat,
- lanjut usia yang dependen total untuk Aktivitas Hidup Dasar Sehari-harinya.

Pengelolaan EOL membutuhkan pendekatan yang lebih cermat, sabar, dan melibatkan profesi lain, lebih-lebih jika pasien memiliki comorbid gangguan/ penyakit.

Dokter sebagai *case manager* menangani secara medis kondisi yang mengancam jiwa dan gangguan yang lain (sesak nafas karena pneumonia, ISK, konstipasi, mual, muntah, diare dengan dehidrasi, dekubitus, obstruksi saluran pencernaan, dll) dan harus berkolaborasi dengan profesi lain (perawat, fisioterapis, psikolog, pekerja sosial, rohaniwan, ahli gizi, pramurukti, dll). Di dalam prakteknya *case manager* dapat berpindah peran ke perawat yang memang sehari-hari mengelola pasien.

Perawatan EOL yang sifatnya paliatif bisa dilakukan di rumah sakit atau klinik, juga dapat diberikan di rumah (rawat rumah=home care) sehingga diperlukan caregiver. Care giver

(CG) bisa oleh keluarga (family caregiver), oleh tenaga terampil (perawat dengan berbagai tingkat pendidikan dan keahlian khusus), maupun oleh tenaga terlatih sebagai asisten perawat (pramurukti). Dokter dapat memberikan pendidikan perawatan sederhana kepada pasien, caregiver dan atau keluarganya, bagaimana cara merawat diri dan mencegah perburukan, serta memberikan catatan gejala dan tanda kegawatan pasien (misalnya ciri-ciri pasien yang dekat dengan akhir kehidupan). Pendidikan ini diberikan secara kerjasama dengan perawat, ahli gizi, fisioterapis, dll.

Caregiver memiliki posisi yang sangat penting pada EOL, karena CG merupakan kepanjangan tangan tenaga medis & paramedic. Pembekalan yang cukup dalam kasus yang khusus sebaiknya diberikan kepada CG dengan bahasa yang sederhana, sekaligus mendidik kearah yang profesional dan etis. Karena itu CG seharusnya memiliki sifat penyayang, santun, sabar, simpatik, pintar dan disiplin.

Pengetahuan penanganan masalah sesak nafas, nutrisi, mual-muntah, sulit tidur, cemas-depresi, nyeri secara medis dan CAM (doa, zikir, meditasi, terapi musik, terapi suara al quran, dll, dukungan keluarga, cara berkomunikasi, ilmu interaksi obat, discharge planning, ketajaman placement, dll) harus disebarluaskan melalui berbagai metoda dan media.

Diajarkan kepada tim paliatif agar bagaimana teguh dalam prinsip tetapi lembut dan luwes dalam penyampaian (terutama dalam penyampaian bad news), sehingga kualitas hidupnya pasien EOL sebagus mungkin, bahagia sesering mungkin, bisa mandiri selama mungkin dan bermanfaat seluas mungkin meski memiliki keterbatasan.

Probosuseno (2010) menyusun akronim tentang ringkasan Perawatan Paliatif, yakni:

P-pasien untung (Pain, Pembuangan → BAB, BAK, Sekret; Plan, Placement

A-asupan nutrisi (makan-minum) yagh tepat

L-Lingkungan (jasmani, rohani, social), tegah-tengah orang yg di/me-syayanginya)

I-istirahat; Iman (kuat) → husnul khotimah (haram & syirik No!)

A-antusias (energi SDM), Attitude → stewardship

T-team (nakes, relawan, dll), Tuntun dengan sabar → husnul khotimah

I-improve/day SDM-quality of life; idea & invention

F-asilitas (obat, alat, tempat → respite care, day care, home care, dll);

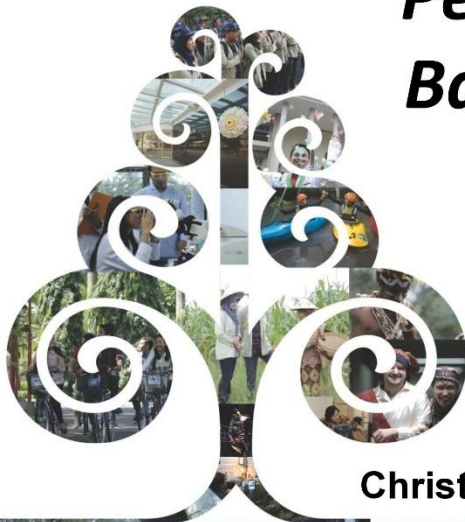
Full pujian-rangkulan → Famous (→ media cetak-elektronik, dll

Semoga tulisan sederhana ini bermanfaat & diterima Tuhan sebagai amal kebajikan.

Kepustakaan: ada ditangan penuli



UNIVERSITAS GADJAH MADA



Penerapan Evidence Based Nursing pada End Of Life Care

Christantie Effendy., S.Kp., M.Kes., Ph.D

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Palliative care

- Palliative care nursing is very much about **helping people to live until they die**, not about helping them to die prematurely.
- This is not merely semantics, but a vital and integral part of palliative philosophy that is enshrined within the very simple statement 'neither to hasten nor postpone death' (WHO, 2009).

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id



Apa yang dimaksud dgn *End of Life care* (Perawatan Akhir hayat)????

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id



Definition of End of Life care

National Institutes of Health (NIH) - State-of-Science Conference, menyatakan:

- Tidak ada definisi yang tepat dari tahap akhir hayat dan juga kapan waktu kematian seseorang dapat diprediksi secara akurat.
- Ketika kematian seseorang tidak dapat dihindari dan semakin dekat dgn kematian, proses perjalanannya dapat berbeda-beda berdasarkan konteks dan riwayat masa lalu seseorang

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Definition of End of Life care



- A more practical definition of end-of-life period is usually evidenced by (a) the presence of a progressing chronic disease with pronounced symptoms or functional impairments and (b) **the presence of symptoms or impairments resulting from the underlying conditions leading to death that require care.**

(National Institutes of Health. National institutes of health state-of-the-science conference statement of improving end-of-life care, <http://consensus.nih.gov/2004/2004EndOfLifeCareSOS024html.htm> (2004, accessed 22 August 2011).

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Definition of End of Life care



People assume that end-of-life care is

Providing comfort care and holistic care to dying patients and their family in a time frame of days to weeks when they are actively dying.

→if end-of-life care is framed only by the brief time interval before actual death, many patients would be left without receiving adequate end-of-life care because their time frames are not well predicted (Shigeko (Seiko) Izumi et.al., 2012.Nursing Ethics 19(5) 608–618)

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Prognostic indicators of survival



Reference	No. patients	Prognostic factors
Yates et al., 1980 [32]	104	Low KPS scores accurately predicted early death but high initial KPS scores did not necessarily predict long survival
Mor et al., 1983 [33]	685	Direct relationship between KPS and survival
Evans and McCarthy, 1985 [19]	42	KPS correlated better with actual survival than did the clinical predictions
Reuben et al., 1988 [8]	1592	KPS, dry mouth, shortness of breath, problems with eating, recent weight loss, trouble with swallowing
Addington-Hall et al., 1990 [18]	230	Spitzer Quality of Life Index score: patients with a low score were more likely to die within 6 months than those with higher scores, but scores on the Index were not strong predictors of 6-month survival in individual patients
Schonwetter et al., 1990 [34]	172	Dressing ability, pulse rate, level of appetite, transferring ability
Ventafridda et al., 1990 [39]	120	Appearance of unendurable symptoms and aggravation of previously controllable symptoms
Bruera et al., 1992 [11]	47	Dysphagia, cognitive failure, weight loss
Grabowski et al., 1992 [26]	97	KPS, site of primary disease, solitary site of metastases
Tsamandouraki et al., 1992 [40]	202	Home care less effective compared with hospital care
Rosenthal et al., 1993 [27]	148	Performance status, admission at first referral to palliative care service, hyperbilirubinaemia ($\geq 19 \mu\text{mol/l}$), hypotension (systolic blood pressure $< 90 \text{ mmHg}$)
Hardy et al., 1994 [28]	107	Inpatient until death, lung primary, intervention, dyspnoea, and decubitus ulcers
Maltoni et al., 1994 [12]	100	KPS
Allard et al., 1995 [35]	1081	Performance status
Maltoni et al., 1995 [13]	530	Clinical prediction of survival, anorexia, dysphagia, palliative steroid treatment, KPS, hospitalization
Tamburini et al., 1996 [9]	115	Confusion, cognitive status, global health status
Morita et al., 1999 [36]	245	Poor performance status, appetite loss, oedema, dyspnoea at rest, delirium
Pirovano et al., 1999 [21]	451	Dyspnoea, anorexia, KPS, clinical prediction, total white blood count, lymphocyte percentage

(E. Chow, et.al., .2011. Clinical Oncology 13:209–218 Clinical Oncology (2001)13:209–218)

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Signs of End-of-Life Restlessness



The constellation of end-of-life restlessness symptoms may include the following:

- Skin mottling and cool extremities
- Mouth breathing with hyperextended neck
- Respiratory pattern changes such as Cheyne-Stokes
- Calling out for dead family members or friends
- Talking about packing bags, taking a trip, going for a car ride (any reference to preparing for a trip)
- Periods of deepening somnolence

Reproduced with permission from Policzer JS, Sobel J. Management of selected nonpain symptoms of life-limiting illness. *Hospice/Palliative Care Training for Physicians: UNIPAC*. Vol 4. 3rd ed. Glenview, IL: American Academy of Hospice and Palliative Medicine; 2007.¹³

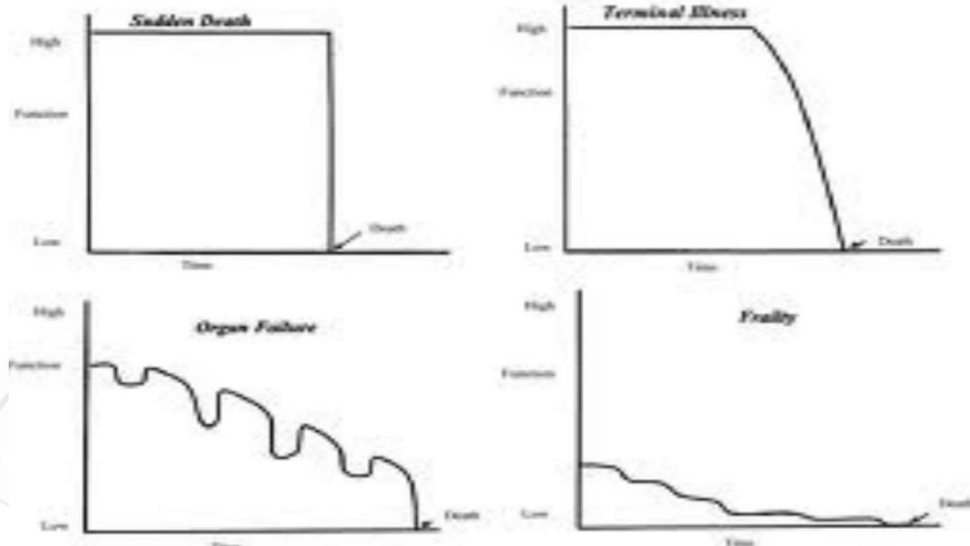
Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Perjalanan kematian pasien



Proposed Trajectories of Dying



Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Current condition in Indonesia



- >60% in advanced stage of cancer
→ high number die at the hospital
- Palliative care performed only in big cities (Jakarta, Surabaya, Makassar, Yogyakarta, Denpasar, Semarang, Bandung)
- Defisit knowledge about palliative care (HCP)
- Un-well known (community)

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Pandangan Masyarakat



- TABOE bicara tentang kematian
- Autonomy keluarga
- Decision making by family
- Kultur/budaya terkait 'ngopeni' anggota keluarga yang sakit
- Berobat sampai titik darah penghabisan; *'sak pol-pole', 'diusahake' 'ndak mengko gelo'*

What is Evidenced Based Practice
in End of Life Care????





Penerapan bukti-bukti Ilmiah yang
ada pada tatanan praktek
perawatan pasien dengan kondisi
menjelang akhir hayat

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id



How about evidenced in End of Life
care in Indonesia???

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Perasaan pasien

- Hampir seluruh pasien memiliki perasaan takut dalam menghadapi akhir hayat, mereka takut kehilangan kontrol, kehilangan martabat, terputus hubungan dengan orang lain, kesakitan, diabaikan keluarga, diabaikan keinginannya, mati sendirian atau sengsara

Evidenced in End of Life

- Dying with dignity is regarded as a goal of quality end-of-life care. (Guo,Jacelon.2014.Palliat Med ;28(7):931-940)
- There is little agreement about what constitutes good death or successful dying. (Meier EA, et.al.,2016. Am J Geriatr.Psychiatric. 24(4):261-71)

Evidenced in End of Life

- 11 core themes of good death and the top three themes across all stakeholder groups were preferences for dying process (94% of reports), pain-free status (81%), and emotional well-being (64%).

(Meier EA, et.al.,2016. Am J Geriatr.Psychiatric. 24(4):261-71)

11 core themes of good death:

1. preferences for a specific dying process,
2. pain-free status,
3. religiosity/spirituality,
4. emotional well-being,
5. life completion,
6. treatment preferences,
7. dignity,
8. family,
9. quality of life,
10. relationship with HCP, and
11. other

Most people would prefer to die at home



Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Evidenced in End of Life



- There is high quality and consistent evidence for the effect of 17 factors on **place of death**
- The most important factors linked to dying at home are patients' low functional status, patients' preferences, use and intensity of home care, living arrangements, and extended family support

(Barbara Gomes, Irene J Higginson.2006. BMJ, doi:10.1136/bmj.38740.614954.55)

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id



Evidenced in End of Life

- Actions to enable people to die at home should focus on the empowerment of families, public education, home based models of care, assessment of risk, and training of practitioners in palliative care

(Barbara Gomes, Irene J Higginson.2006. BMJ, doi:10.1136/bmj.38740.614954.55)



Die at home

- For many people, home is more than a physical space; it represents **familiarity**, the presence of **loved ones**, and the possibility of enjoying **“normal” life**
- reasons why well over half of people with a progressive illness want to die at home.

(Higginson IJ, Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. J Palliat Med 2000;3:287-300).

Factors affecting place of death and their relative effects



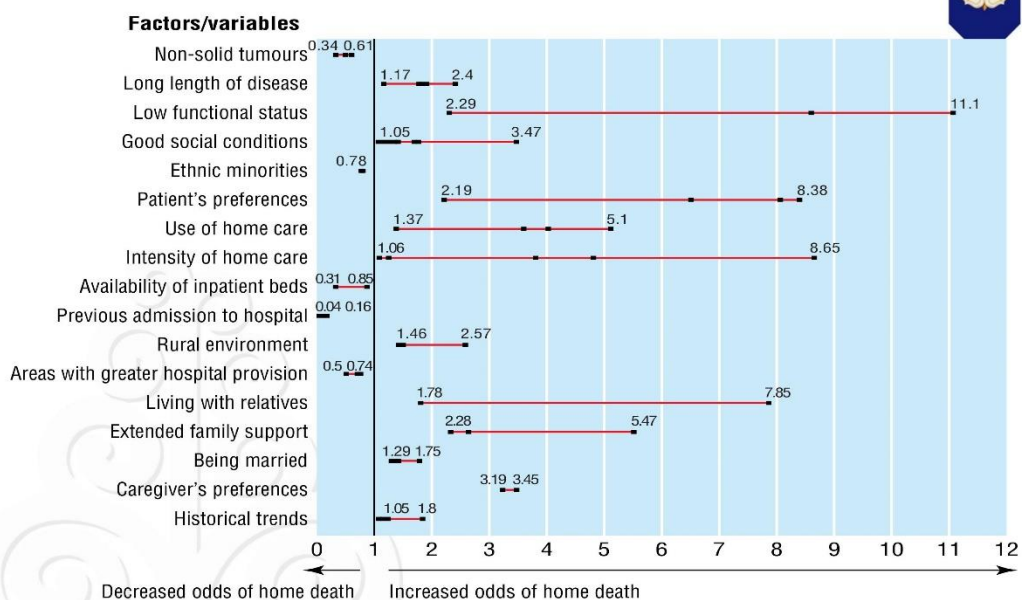
- Factors related to illness
- Individual factors
 - ✓ Demographic variables
 - ✓ Personal variables
- Environmental factors
 - ✓ Healthcare input
 - ✓ Social support
 - ✓ Macrosocial factors

(Gomes B, Higginson IJ.2006.BMJdoi:10.1136/bmj.38740.614954.55)

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Gomes B, Higginson IJ.2006.BMJdoi:10.1136/bmj.38740.614954.55



Factors with high strength evidence from 15 studies. Each point represents results on one study, except when study provided ranges, when both odds ratios are shown. Numbers indicate minimum and maximum odds ratios for each variable

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Death awareness



- Many patients imagine that death comes suddenly, but for many, the knowledge that one's death is imminent comes first. Those with this awareness often must complete certain tasks to allow a peaceful death such as offering forgiveness, being forgiven, acknowledging regrets, finding closure in professional and community relationships, and saying goodbye to family and friends.

9 indikator kematian yang baik



- menerima tatalaksana nyeri dan gejala-gejala
- menghindari memanjangnya waktu sekarat
- komunikasi yang jelas terkait keputusan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan
- adekuatnya persiapan pasien dan keluarga menghadapi kematian
- menerima adanya perasaan terkontrol
- pencarian dukungan spiritual dan emosional
- menegaskan arti pentingnya dan keunikan setiap pasien
- menguatnya hubungan dengan orang yang dicintai pasien
- tidak sendirian



The role of palliative care at the end of life

- To relieve the suffering of patients and their families by the comprehensive assessment and treatment of **physical, psychosocial, and spiritual symptoms patients experience**.
- As death approaches, the symptom burden of a patient may worsen and require more aggressive palliation.



The role of palliative care at the end of life

- As comfort measures intensify, so does the support provided to a dying patient's family. Once death has occurred, **the role of palliative care focuses primarily on the support of the patient's family and bereavement**.

Home care beneficial



- Policymakers are increasingly recognizing home-care as a valuable service for delivering end-of-life cancer care.
- High rates of late-life hospitalization and hospital deaths are indicators of poor-quality care.
- Hospitalizations also comprise the main proportion of health services costs in the last year of life, and thus efficient health systems aim to avoid unnecessary hospital utilization.
- (Seow Hsien, Sutradhar Rinku, McGrail Kim, Fassbender Konrad, Pataky Reka, Lawson Beverley, Sussman Jonathan, Burge Fred, and Barbera Lisa. Journal of Palliative Medicine. February 2016, 19(3): 263-270. doi:10.1089/jpm.2015.0229.)

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Palliative and End-of-life care



- Palliative and end-of-life care can be provided in patients' homes to improve pain and symptoms and quality of life and relieve suffering.
- By supporting patients at home, if desired, the health system can avoid unnecessary hospitalizations and maximize scarce resources.

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

Canada



- Canadian homecare nurses are generalists, occasionally seeing patients who receive care with an end-of-life intent;
- some nurses may have additional interest or training in palliative care, but this is not required, standardized, or commonplace.

United Kingdom



- End-of-life community homecare nursing can be provided by specialized nurses, such as Marie Curie nurses or Macmillan nurses with palliative care training.
- The homecare model is similar in other European countries and Australia

The United States



- Community- based hospice nurses typically have specialized training in palliative care.
- Physicians and nurses have advanced training to provide care for those who are dying from a life-limiting illness.

- Policymakers still require evidence of how best to use homecare nursing to effectively shift end-of-life care from hospitals to home-based settings. In particular, the evidence is lacking for the effectiveness of generalist homecare nurses in providing palliative care, who are far more common in the health system.

(Seow Hsien, Sutradhar Rinku, McGrail Kim, Fassbender Konrad, Pataky Reka, Lawson Beverley, Sussman Jonathan, Burge Fred, and Barbera Lisa. Journal of Palliative Medicine. February 2016, 19(3): 263-270. doi:10.1089/jpm.2015.0229.)

Dignity

- One of the most confounding challenges faced by end-of-life care providers is helping patients achieve or maintain a sense of dignity.

(Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, and Harlos M. *Journal of Clinical Oncology*. 2005; 23 (24): 5520-5525)

MAJOR DIGNITY CATEGORIES, THEMES AND SUB-THEMES		
Illness Related Concerns	Dignity Conserving Repertoire	Social Dignity Inventory
Level of Independence <ul style="list-style-type: none"> Cognitive Acuity Functional Capacity 	Dignity Conserving Perspectives <ul style="list-style-type: none"> continuity of self role preservation generativity/legacy maintenance of pride hopefulness autonomy / control acceptance resilience / fighting spirit 	Privacy Boundaries
Symptom Distress <ul style="list-style-type: none"> Physical Distress Psychological Distress <ul style="list-style-type: none"> medical uncertainty death anxiety 	Dignity Conserving Practices <ul style="list-style-type: none"> living "in the moment" maintaining normalcy seeking spiritual comfort 	Social Support
		Care Tenor
		Burden to Others
		Aftermath Concerns

Themes	Subthemes	Categories
Dignity mediated by the loss of functionality	Loss of control	Loss of bodily functions Daily activities and circumstances
	Value of one's own life	'Life without dignity no longer being worthy of living' Quality of life Body image
	Self-Identity	Loss of the self Loss of self-worth
	Social factors	Dependent: being a burden Role Social identity: fear of being vulnerable Control over the body Control of pain Fear of suffering
Dignity as identity	Desire for control over the dying process	Loss of functions Control over the manner of death Independence: 'do what I want'
	Desire for self-determination	Right to choose Decision making
Autonomy as a determining factor of perceived dignity		

Nurses roles

- The values and beliefs that underpin high-quality palliative care are integral to good nursing.
- Nurses are in a unique situation – as the only real 24-hour carers in the healthcare system – to incorporate and develop the principles and practice of the palliative approach into their daily work where it is appropriate to do so.



- In the context of palliative care, perhaps the most succinct and relevant one is that written by Virginia Henderson (1997):

'Nursing is primarily assisting the individual in the performance of those activities contributing to health and its recovery, or to a peaceful death.'

The statement suggests partnership, helping and dignity – all concepts that are central to the palliative approach to nursing.



Caring for Dying patients

- It is a combination of knowledge, skills and compassion in equal measure, which is *sensitive, hopeful, meaningful and dynamic*. Above all, it is a way of thinking and an attitude of mind that should influence a nurse's behaviour whenever they work with a dying person in whatever setting (Becker et al, 2004)

Caring for dying patients



- Pemberian obat anti nyeri
- Mengatasi gejala yang muncul
- Mempersiapkan pasien dan keluarganya menghadapi akhir hayat
- Menggunakan teknik komunikasi yang benar
- Memfasilitasi adanya spiritual care
- Memberi kesempatan pada pasien untuk berada ditengah2 keluarga/org yg dicintai
- Menekankan pada keluarga agar tidak membiarkan pasien sendirian

Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id

NURSING CHALLENGE



- The challenge to nurses involved in end-of-life care is **how to combine the art and the science into a cohesive approach** that reflects individuality, choice, dignity and compassion in whatever environment care takes place.

Quality of End of Life care:
A good death
Dignity



Locally Rooted, Globally Respected

www.ugm.ac.id



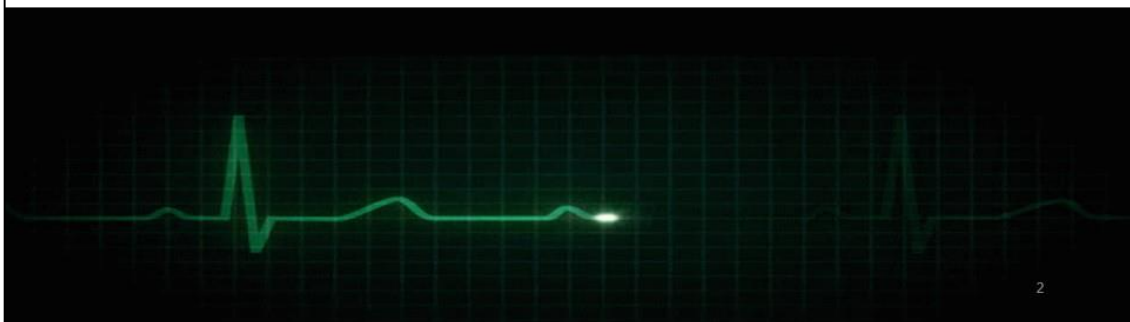
PENDAMPINGAN PASIEN “End of Life”

OLEH :

PROBOWATIE TJONDRONEGORO, Dra. Msi. psikolog

Definisi

Pendampingan pasien (*end of life*) adalah perhatian sepenuhnya terhadap pasien, keluarga dan teman-temannya. Ketika pasien tidak dapat disembuhkan dan kemungkinan hidupnya kecil.





- Pendampingan / perawatan dilakukan untuk membantu meringankan dari penderitaan fisik sampai pada pasien yang tidak dapat disembuhkan atau tahap terminal
- Memenuhi kebutuhan fisik mental emosi sosial spiritual dan kultural dengan melibatkan konseling dan kenyamanan serta berpusat pada pasien dan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup.

3

Komponen

- **Konselor** : orang yang melakukan pendampingan
- **Konseli** : orang yang didampingi karena berduka atau sakit yang menyangkut aspek fisik, mental, spiritual dan sosial
- **Konseling** : kualitas kegiatan atau proses komunikasi antara konselor dan konseling



4

Mengapa penting?

- Menyadari bahwa kita manusia yang rapuh, tidak berdaya, butuh dicintai
- Menyadari bahwa manusia tidak pernah siap untuk sendiri
- Menyadari bahwa manusia itu unik, misalnya memiliki caranya sendiri untuk menanggapi hidup ini. Ada yang ringan, berat, perjuangan, jatuh bangun, anugerah Tuhan.
- Menyadari pasien di RS dari yang hamil, melahirkan anak maupun pasien geriatri yang mengalami kegawatan yang akan meninggal, semuanya mengalami gangguan fisik yang mempengaruhi aspek mental, sosial, spiritual.

5

Sikap dasar pendamping



6

Pendampingan pasien anak VS orang tua


- Jangan berpikir kognitif dewasa dengan anak sama
- Anak tidak memiliki kekuatan emosional dalam mempersepsikan kematian
- Mekanisme kognitif anak belum terbentuk
- Anak diajak diskusi tentang Tuhan, surga dan benda yang tidak terlihat.

7

Kematian pada Anak

- Kebanyakan psikolog percaya bahwa berkata jujur merupakan strategi terbaik dalam mendiskusikan kematian dengan anak
- Respond anak terhadap pertanyaan mengenai kematian merupakan dasar kematangan anak dalam mengartikan kematian

8

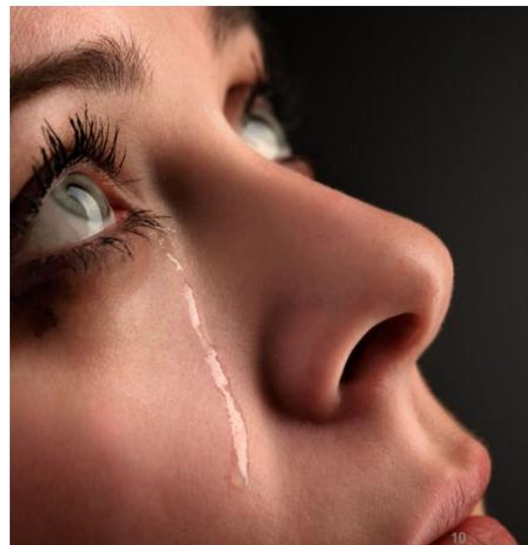


- Pada anak pra sekolah , anak mengartikan kematian sebagai : kematian adalah sudah tidak ada nafas, dada dan perut datar tidak bergerak lagi, tidak bisa berjalan seperti layaknya orang sebelum meninggal.
- Kebanyakan anak-anak yang menderita penyakit terminal membutuhkan keberanian bahwa ia dicintai dan tidak akan merasa ditinggalkan.
- Tanpa memandang umur sebagai orang tua seharusnya sensitif dan simpati mendukung apa yang anak rasakan

9

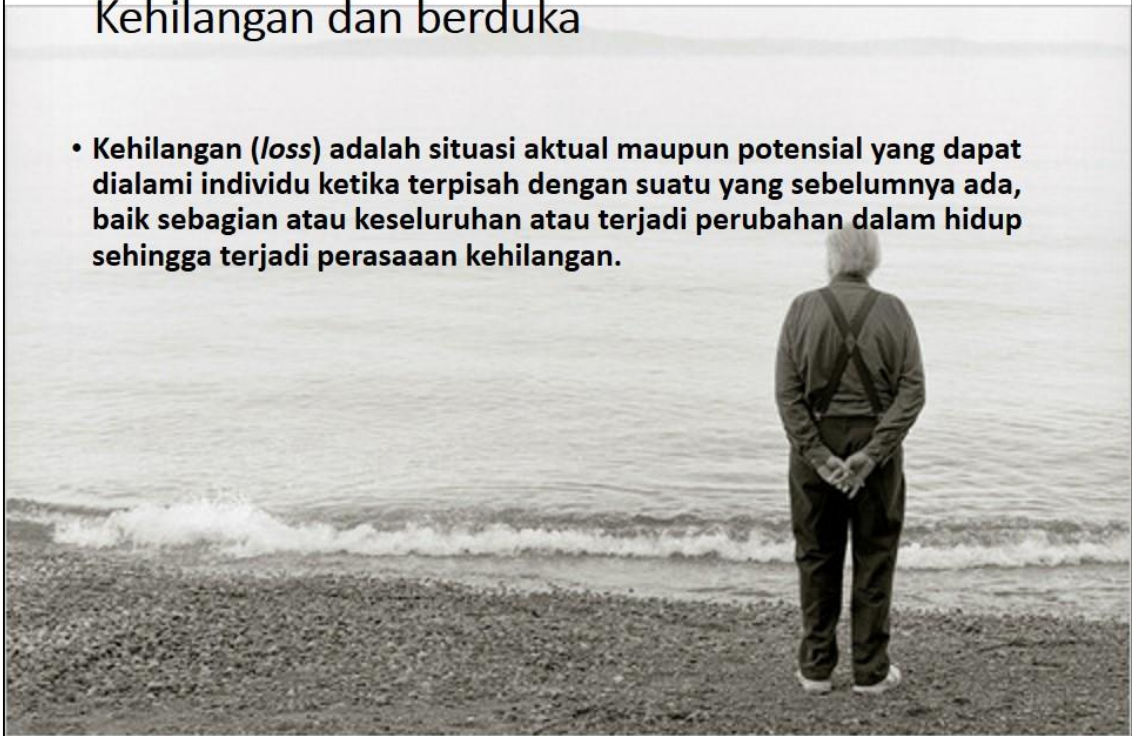
Masalah yang dihadapi pasien terminal

- **Fisik** : nyeri, konstipasi, kelemahan otot
- **Psikologi** : ketergantungan tinggi, kehilangan kontrol, kehilangan produktifitas, hambatan kondisi
- **Masalah sosial** : menarik diri, isolasi diri
- **Masalah sosial** : kehilangan harapan, perencanaan ajal tiba.



Kehilangan dan berduka

- **Kehilangan (*loss*)** adalah situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika terpisah dengan suatu yang sebelumnya ada, baik sebagian atau keseluruhan atau terjadi perubahan dalam hidup sehingga terjadi perasaan kehilangan.

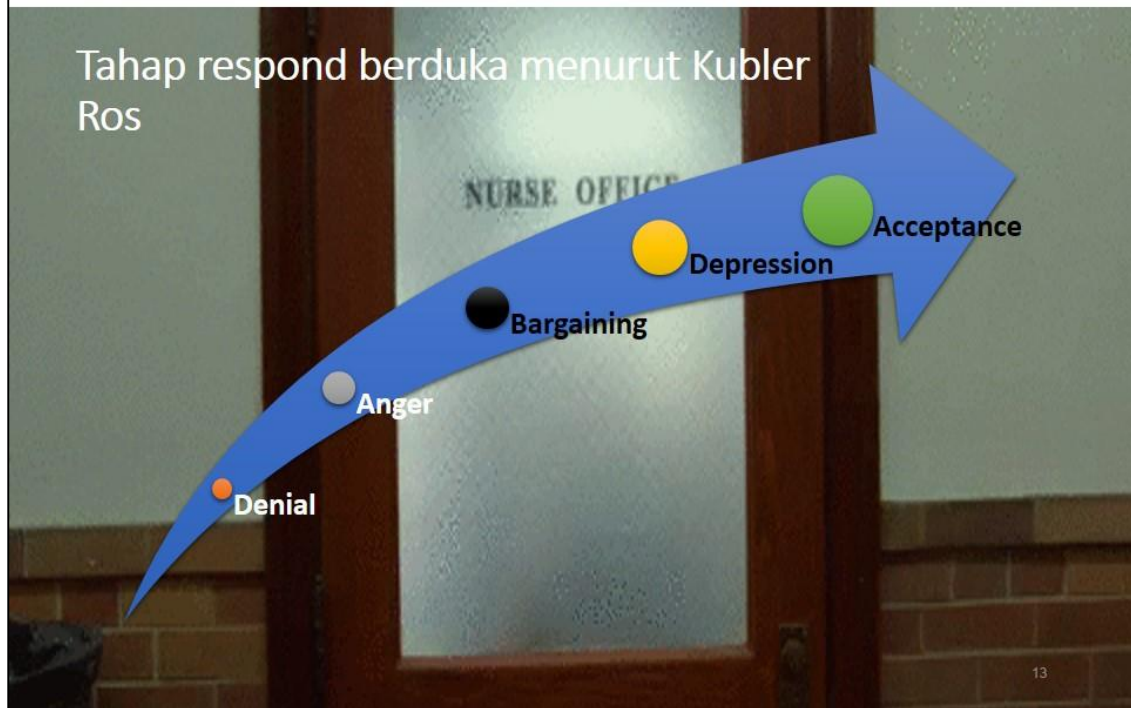


Dampak Kehilangan

- **Anak-anak** : kehilangan dapat mengancam untuk berkembang – regresi – takut ditinggal – sepi
- **Remaja atau dewasa awal** : kehilangan dapat menyebabkan disintegrasi dalam keluarga
- **Dewasa / orang tua** : kehilangan khususnya kematian pasangan hidup – pukulan berat dan menghilangkan semangat.

12

Tahap respond berduka menurut Kubler Ros



Denial

- **Reaksi pertama** : syok, tidak percaya, mengingkari kenyataan
- **Reaksi Fisik** : letih, lemah, pucat, menangis.
- Berlangsung beberapa menit sampai beberapa tahun



Anger

- Menolak kehilangan, **kemarahan** diproyeksikan pada orang lain atau dirinya sendiri.
- **Agresif**, menyerang orang lain, menuduh dokter tidak kompeten, bicara kasar.
- **Respond fisik**; gelisah denyut nadi cepat, susah tidur.



Bargaining

- **Penundaan kesadaran** atas kenyataan terjadinya kehilangan
- Berupaya melakukan **tawar menawar** dengan memohon kemurahan Tuhan

16

Depression

- Tidak mau bicara
- Menunjukkan **sikap menarik diri**
- Menyatakan **keputusasaan**
- Rasa tidak berharga
- Bisa muncul keinginan **bunuh diri**
- **Gejala fisik** : menolak makan, letih, susah tidur, libido turun.



Acceptance

- **Reorganisasi** perasaan kehilangan
- Pikiran tentang kehilangan beralih ke objek baru
- **Menerima kenyataan**
- Mulai memandang kedepan
- Apabila dapat menerima tahap ini dan menerima dalam **perasaan damai / tuntas**.
- Apabila kegagalan masuk tahap penerimaan -> mempengaruhi dalam mengatasi kehilangan selanjutnya

18

Perencanaan tindakan keperawatan secara umum

- a. Meningkatkan **hubungan saling percaya** dengan cara mendengarkan pasien bicara, memberi dorongan agar pasien mau mengungkapkan perasaannya , menjawab pertanyaan secara langsung, menunjukkan sikap empati.
- b. Mengenali faktor yang menghambat
- c. Mengurangi atau menghilangkan faktor penghambat
- d. **Memberi dukungan** terhadap respond kehilangan pasien
- e. **Meningkatkan kebersamaan** antar keluarga
- f. Menentukan tahap keberadaan pasien

19

Perencanaan tindakan keperawatan secara khusus

• Denial :

Memberi kesempatan pasien mengungkapkan perasaan, menunjukkan sikap menerima dengan ikhlas dan mendorong pasien untuk berbagi rasa, memberi jawaban terhadap pertanyaan pasien ttg sakit dan pengobatan.

• Anger :

Mendorong pasien untuk mengungkapkan rasa marah secara verbal, menjelaskan pada keluarga bahwa kemarahan tidak ditujukan pada mereka, mendorong pasien untuk membicarakan kemarahannya.

20

- **Bargaining :**

Membantu pasien mengungkapkan rasa bersalah dan takut, mendengarkan ungkapan dengan penuh perhatian, mendorong pasien untuk membicarakan rasa takut / bersalah.

Apabila pasien selalu mengungkapkan “kalau’ atau ‘seandainya...” beritahu pasien bahwa perawat hanya dapat melakukan sesuatu yang nyata.



21

- **Depression :**

Mendorong pasien untuk mengidentifikasi rasa takut / bersalahnya :

- Mengamati perilaku pasien dan bersama membahas perasaannya
- Memberi kesempatan pasien menangis dan mengungkapkan perasaan
- Bersama pasien membahas pikiran negatif
- Mencegah tindakan bunuh diri

- **Acceptance :**

- Membantu pasien menerima kehilangan yang tidak bisa dielakkan
- Membantu keluarga mengunjungi pasien secara teratur
- Memberi informasi akurat tentang kebutuhan pasien dan keluarga

22

End of life secara terhormat

- Makna : seseorang diperlakukan secara **manusiawi** bahkan saat meninggal sekalipun
- Respect : **prinsip pendampingan**, perawatan individu harus dihargai

23

KESIMPULAN

- Pendampingan pasien (*end of life*) adalah : perhatian sepenuhnya terhadap pasien, keluarga dan teman-temannya. Ketika pasien tidak dapat disembuhkan dan kemungkinan hidupnya kecil.
- Tujuannya adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pada pasien dengan kasus terminal atau tidak dapat disembuhkan.
- Respon terhadap pendampingan berbeda antara anak dan dewasa
- Tahap respon berduka menurut Kubler Ros dan perencanaan tindakan keperawatan baik secara umum maupun khusus
- *End of life* secara terhormat dengan memperlakukan pasien secara manusiawi sesuai prinsip pendampingan

24

Oral Presenter

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

4th Adult Nursing in Practice: Using Evidence in Care

**“INTEGRASI MULTIPROFESIONAL DALAM *END OF LIFE CARE*:
TEORI DAN PRAKTIK”**

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN *GASTRIC RESIDUAL VOLUME* PADA PASIEN YANG MENDAPAT NUTRISI ENTERAL METODE BOLUS *FEEDING* DI RUANG ICU RSUD TUGUREJO SEMARANG

Setianingsih¹, Yuyun Rahayu², Anastasia Anna³

¹Akademisi PSIK Stikes Kendal

²Akademisi Program Magister Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung

ABSTRAK

Metode bolus *feeding* berisiko meningkatkan nilai GRV (*Gastric Residual Volume*) namun di Indonesia metode bolus *feeding* masih banyak digunakan. Pasien dapat menghasilkan nilai GRV yang normal apabila faktor-faktor yang mempengaruhi diperhatikan contohnya volume nutrisi, posisi pasien, usia pasien, penyakit gastrointestinal, nilai PEEP (*Positive End Expiratory Pressure*) dan osmolalitas nutrisi. Informasi mengenai faktor yang berhubungan dengan nilai GRV pada pemberian nutrisi secara bolus bagi perawat masih terbatas. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis berbagai faktor yang berhubungan dengan GRV pada pasien dengan pemberian nutrisi enteral metode bolus. Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara berbagai faktor dengan nilai GRV yang dihasilkan pada pemberian nutrisi metode bolus *feeding*.

Metode penelitian observasional analitik ini menggunakan desain *cross sectional*. Teknik sampel dengan *accidental sampling* selama 2 bulan didapatkan sejumlah 60 responden. Pengumpulan data menggunakan lembar observasi dan data rekam medis. Data demografi dianalisis secara univariat dan tes hipotesis secara bivariat yang dilanjutkan dengan uji *multiple logistic regression*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang paling dominan berhubungan dengan nilai GRV pada pemberian *bolus feeding* adalah osmolalitas nutrisi ($p\text{ value}=0,009$) dengan nilai OR 17,714 (95% CI 2,246-139,700) dan secara bersama-sama dengan volume nutrisi ($p\text{ value}=0,007$) memiliki hubungan sebesar 95,13 % sedangkan 4,87 % dipengaruhi oleh nilai PEEP (*Positive End Expiratory Pressure*) ($p\text{ value}=0,040$) dan posisi pasien ($p\text{ value}=0,035$). Faktor usia dan penyakit gastrointestinal dalam penelitian ini tidak terbukti berhubungan dengan nilai GRV.

Perawat dapat memberikan nutrisi metode bolus *feeding* sebanyak 6-8 kali pada pasien di rumah sakit yang memiliki fasilitas terbatas dengan memperhatikan osmolalitas dan volume nutrisi agar dapat menghasilkan GRV yang normal. Evaluasi GRV dilakukan setelah 3-6 jam pemberian nutrisi.

Kata Kunci : Nutrisi Enteral, GRV (*Gastric Residual Volume*), bolus *feeding*

PENDAHULUAN

Pasien dengan sakit kritis memerlukan dukungan nutrisi yang tepat untuk mempercepat penyembuhan, melepas ketergantungan ventilator dan memperpendek lama rawat. Nutrisi pasien dapat diberikan secara enteral maupun parenteral. Menurut Ziegler (2009) nutrisi enteral / *enteral nutrition* (EN) lebih dianjurkan daripada nutrisi parenteral / *parenteral nutrition* (PN) karena biayanya lebih murah, penyerapan nutrisi oleh usus lebih baik, risiko infeksi lebih

rendah dan insiden komplikasi metabolik lebih rendah. Walaupun banyak keuntungan dari nutrisi enteral, pemberian nutrisi nasogastrik bukan tanpa resiko. Kemungkinan komplikasi akibat ketidaktepatan dalam pemberian nutrisi enteral diantaranya adanya retensi lambung, peningkatan residu lambung atau *gastric residual volume* (GRV), aspirasi pulmonal, *nausea*, muntah dan diare. Salah satu metode pemberian nutrisi enteral adalah bolus *feeding*. Realisasi beberapa daerah di Indonesia metode *bolus feeding* masih banyak dipakai karena lebih murah dan mudah dalam pemberian. Toleransi lambung terhadap nutrisi yang diberikan melalui enteral dapat dilihat dari nilai residu lambung atau *Gastric Residual Volume* (GRV) (Ridley, 2011). Peningkatan GRV merupakan salah satu disfungsi gastrointestinal yang berhubungan dengan lama rawat di ICU.

Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi nilai GRV yaitu perfusi ke organ gaster, suhu formula nutrisi, volume (jumlah) dan kecepatan dalam pemberian nutrisi, usia pasien, posisi pasien saat diberikan nutrisi, diameter selang NGT yang digunakan, ukuran syringe untuk memberikan nutrisi, penggunaan ventilasi mekanik dengan PEEP yang diberikan, penyakit gastrointestinal, dan osmolalitas nutrisi yang diberikan. Perawat dalam memberikan nutrisi ke pasien kritis harus mempertimbangkan faktor diatas untuk mengetahui toleransi pasien terhadap nutrisi yang diberikan (Sherwood, 2010; Reignier et al, 2010; Rodriguez et al, 2011; Morton et al, 2011; Metheny et al, 2012; Stewart, 2014). Volume residu lambung (GRV) merupakan salah satu indikator yang dapat menilai keefektifan pemberian nutrisi pasien (Wiryana, 2007).

Berdasarkan beberapa jurnal diatas, perawat dalam memberikan nutrisi melalui bolus *feeding* perlu memperhatikan volume nutrisi yang diberikan, posisi saat pemberian nutrisi, usia pasien, nilai PEEP yang diatur saat terpasang ventilasi mekanik, penyakit gastrointestinal yang dialami dan osmolalitas formula nutrisi yang diberikan. Faktor suhu yang hangat, kecepatan pemberian, ukuran syringe dan diameter selang NGT pada semua pasien yang dirawat di ICU hampir sama, sehingga tidak dapat dimodifikasi. Salah satu penilaian faktor perfusi ke organ gaster dengan melihat oksigenasi pasien.

Salah satu ICU rumah sakit yang menggunakan bolus *feeding* adalah RSUD Tugurejo Semarang. Berdasarkan latar belakang diatas menjadi penting untuk dilakukan penelitian lebih lanjut terkait analisis faktor manakah yang paling dominan memengaruhi GRV pada pada pasien yang mendapat nutrisi enteral metode bolus *feeding*. Faktor yang dianalisa dalam metode bolus *feeding* adalah volume nutrisi, posisi pasien, usia pasien, nilai PEEP, penyakit gastrointestinal, dan osmolalitas formula nutrisi.

TUJUAN

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis berbagai faktor yang berhubungan dengan *Gastric Residual Volume* pada pasien dengan pemberian nutrisi enteral metode bolus *feeding* di Ruang ICU RSUD Tugurejo Semarang.

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

- 1) Mengidentifikasi hubungan volume nutrisi dengan *Gastric Residual Volume* pada pasien yang mendapat nutrisi enteral metode bolus *feeding*

- 2) Mengidentifikasi hubungan posisi pasien dengan *Gastric Residual Volume* pada pasien yang mendapat nutrisi enteral metode bolus *feeding*
- 3) Mengidentifikasi hubungan usia dengan *Gastric Residual Volume* pada pasien yang mendapat nutrisi enteral metode bolus *feeding*
- 4) Mengidentifikasi hubungan nilai PEEP dengan *Gastric Residual Volume* pada pasien yang mendapat nutrisi enteral metode bolus *feeding*
- 5) Mengidentifikasi hubungan penyakit gastrointestinal dengan *Gastric Residual Volume* pada pasien yang mendapat nutrisi enteral metode bolus *feeding*
- 6) Mengidentifikasi hubungan osmolalitas formula dengan *Gastric Residual Volume* pada pasien yang mendapat nutrisi enteral metode bolus *feeding*
- 7) Mengidentifikasi faktor dominan yang berhubungan dengan *Gastric Residual Volume* pada pasien yang mendapat nutrisi enteral metode bolus *feeding*

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Pada penelitian ini peneliti melakukan analisa hubungan variabel *independent* (faktor risiko) yaitu volume nutrisi, posisi pasien, usia, nilai PEEP, penyakit gastrointestinal dan osmolalitas formula dengan variabel *dependent* yaitu nilai GRV. Variabel *independent* didata terlebih dahulu kemudian setelah kurun waktu 4 jam diukur variabel dependen (Dharma, 2011). Pengukuran GRV dilakukan 4 jam setelah pemberian nutrisi karena 75 % nutrisi telah dicerna di lambung dalam kurun waktu tersebut.

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang mendapat nutrisi enteral metode bolus *feeding* yang dirawat di ruang ICU RSUD Tugurejo Semarang. Teknik sampling yang digunakan adalah *accidental sampling* dengan waktu pengambilan sampel selama 2 bulan sehingga didapatkan 60 responden. Pengumpulan data menggunakan lembar observasi dan data rekam medis. Data demografi dianalisis secara univariat dan tes hipotesis secara bivariat yang dilanjutkan dengan uji *multiple logistic regression*.

Hasil

Responden paling banyak berjenis kelamin laki-laki yaitu sejumlah 39 orang (65 %). Berdasarkan jenis penyakit paling banyak yaitu penyakit dalam sejumlah 27 pasien (45%) dan yang terkecil adalah jenis penyakit kebidanan dan bedah saraf masing-masing sebanyak 1 pasien (1,6 %) sedangkan diameter selang NGT yang paling banyak digunakan adalah nomor 14 Fr sejumlah 35 pasien (58,3 %) dan yang paling sedikit digunakan adalah nomor 12 Fr dan 18 Fr masing-masing sebanyak 1 pasien (1,6 %). Rata-rata volume nutrisi yang diberikan ke pasien adalah $182,33 \text{ ml} \pm 50,8$. Nilai GRV pasien paling banyak yaitu kategori normal dengan nilai $\leq 25 \%$ dari total volume nutrisi yang diberikan ke pasien sebesar 43 responden atau 71,7%.

Tabel 2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, jenis penyakit dan diameter selang NGT di ruang ICU RSUD Tugurejo Semarang (n=60)

Karakteristik	Jumlah (n)	Presentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	39	65
Perempuan	21	35
Jenis Penyakit		
Bedah Digestif	3	5
Bedah Saraf	1	1,6
Bedah Kardiovaskuler	5	8,3
Kebidanan	1	1,6
Neurologi	19	31,6
Trauma Kepala	4	6,6
Penyakit Dalam	27	45
Diameter NGT		
12 Fr	1	1,6
14 Fr	35	58,3
16 Fr	23	38,3
18 Fr	1	1,6

Tabel 3 Distribusi posisi, usia, nilai PEEP, penyakit gastrointestinal, dan osmolalitas pada pasien yang mendapat nutrisi metode *bolus feeding* di ICU RSUD Tugurejo Semarang (n=60)

Variabel	Jumlah (n)	Presentase (%)
Posisi pasien		
Head of Bed (15-30 °)	52	86,7
Semi fowler (> 30 °)	8	13,3
Usia		
18-40 tahun	14	23,3
41-64 tahun	28	46,7
≥ 65 tahun	18	30
PEEP		
3-5 cm H ₂ O	37	61,7
6-10 cm H ₂ O	23	38,3
11-15 cm H ₂ O	0	0
Penyakit gastrointestinal		
Tidak	55	91,7
Ada	5	8,3
Osmolalitas formula nutrisi		
≤ 300mOsm	23	38,3
>300 mOsm	37	61,7

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar posisi pasien saat diberikan nutrisi adalah *head of bed* dengan sudut antara 15-30° sebesar 52 orang (86,7 %). Berdasarkan usia pasien yang paling banyak adalah kategori dewasa antara 41-64 tahun sebanyak 28 orang (46,7 %) dengan rata-rata usia adalah 53 tahun ± 17,1. Nilai PEEP pasien sebagian besar mendapatkan 3-5 cm H₂O sebanyak 37 pasien (61,7 %). Responden sebanyak 55 pasien (91,7 %) tidak mempunyai penyakit gastrointestinal penyerta. Berdasarkan osmolalitas formula nutrisi yang diberikan, responden paling banyak mendapat nutrisi dengan nilai osmolalitas >300 mOsm sebanyak 37 responden (61,7 %).

Tabel 4 Distribusi variabel faktor yang berhubungan terhadap nilai GRV pada pasien yang mendapat nutrisi metode *bolus feeding* di ICU RSUD Tugurejo Semarang (n=60)

Variabel	Nilai GRV				Nilai p	OR (95% CI)
	Normal		Tidak normal			
	n	%	n	%		
Volume					0,061 [#]	
Posisi pasien						
HOB (15-30)	40	66,6	12	20	0,035 ^{**}	5,556
Semifowler (>30)	3	5	5	8,3		(1,156-26,704)
Usia						
18-40 tahun	10	16,6	4	6,6	0,117 [#]	Pembanding
41-64 tahun	17	28,3	11	18,3		1,618
						(0,405-6,466)
>=65 tahun	16	26,6	2	3,3		0,313
						(0,048-2,032)
Nilai PEEP						
3-5 cm H2O	30	50	7	11,6	0,040 ^{**}	3,297
6-10 cm H2O	13	21,6	10	16,6		(1,029-10,566)
Penyakit Gastrointestinal						
Tidak	40	66,6	15	25	0,616	1,778
Ada	3	5	2	3,3		(0,270-11,709)
Osmolalitas						
<= 300 mOsm	20	33,3	3	5	0,038 ^{**}	4,058
>300 mOsm	23	38,3	14	23,3		(1,017-16,186)

Keterangan :

*variabel yang secara bivariat bermakna

#variabel kandidat multivariat

Tabel 4 menunjukkan semua variabel faktor yang berpengaruh terhadap nilai GRV pada pasien yang mendapat nutrisi metode *bolus feeding*. Variabel volume merupakan skala numerik sehingga perlu dilakukan uji normalitas data terlebih dahulu sebelum menganalisis hubungan dengan nilai GRV. Hasil uji normalitas data menunjukkan sebaran data tidak normal sehingga analisis menggunakan uji *Mann Whitney U test* yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara volume nutrisi dengan nilai GRV yang dibuktikan dengan *p value* = 0,061. Variabel yang terbukti berhubungan dengan nilai GRV ditandai dengan nilai *p value* < 0,05 yaitu posisi pasien (*p value* = 0,035), nilai PEEP (*p value* = 0,040), osmolalitas nutrisi (*p value* = 0,038) sedangkan variabel yang tidak terbukti berhubungan dengan nilai GRV yang ditandai dengan nilai *p* > 0,05 adalah usia pasien (*p value* = 0,117) dan penyakit gastrointestinal (*p value* = 0,616). Uji statistik yang digunakan untuk melihat hubungan antara variabel usia pasien, nilai PEEP, dan osmolalitas formula nutrisi adalah Pearson Chi-Square sedangkan uji Fisher digunakan untuk menganalisa variabel posisi pasien dan penyakit gastrointestinal.

Tabel 5 Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik

Langkah	Variabel	B	S.E.	Wald	Adjusted OR (95 % CI)	P value
Langkah 1	Nilai PEEP (1)	1,300	,758	2,940	3,670 (0,830-16,220)	0,086
	Volume	-,021	,010	4,512	,979 (0,961-0,998)	0,034

	Posisi (1)	1,350	1,046	1,667	3,859 (0,497-29,976)	0,197
	Usia			3,104		0,212
	Usia (1)	-,132	,981	,018	,876 (0,128-5,990)	0,893
	Usia (2)	-1,724	1,175	2,152	,178 (0,018-1,785)	0,142
	Osmolalitas (1)	2,622	1,223	4,594	13,761 (1,252-151,301)	0,032
	Constant	,718	1,583	,206	2,050	0,650
Langkah 2	Nilai PEEP (1)	1,251	,732	2,918	3,492 (0,832-14,665)	0,088
	Volume	-,022	,010	4,984	,978 (0,959-0,997)	0,026
	Usia			3,399		0,183
	Usia (1)	-,229	,975	,055	,796 (0,118-5,376)	0,815
	Usia (2)	-1,899	1,204	2,488	,150 (0,014-1,585)	0,115
	Osmolalitas (1)	3,044	1,221	6,220	20,993 (1,919-229,619)	0,013
	Constant	,943	1,555	,368	2,568	0,544
Langkah 3	Nilai PEEP (1)	1,069	,686	2,427	2,912 (0,759-11,171)	0,119
	Volume	-,022	,009	5,766	,978 (0,961-0,996)	0,016
	Osmolalitas (1)	2,796	1,066	6,877	16,373 (2,026-132,299)	0,009
	Constant	,598	1,366	,192	1,819	0,661
Langkah 4	Volume	-,024	,009	7,257	,976 (0,959-0,993)	0,007
	Osmolalitas (1)	2,874	1,054	7,442	17,714 (2,246-139,700)	0,006
	Constant	1,353	1,234	1,203	3,871	0,273

Keterangan : Analisis dengan *multiple logistic regression* metode *backward*

PEMBAHASAN

1. Volume Nutrisi

Volume nutrisi terbukti berhubungan dengan nilai GRV yang dibuktikan dengan *p value* 0,007 dengan OR 0,976 (0,959-0,993) karena volume nutrisi yang diberikan disesuaikan dengan kapasitas maksimal lambung. Volume nutrisi yang diberikan tergantung pada jumlah nutrisi yang dibutuhkan pasien. Pemberian 1 ml nutrisi setara dengan energi 1 kkal. Volume nutrisi yang diberikan pada pasien kritis dalam sekali pemberian dengan metode bolus adalah 400 ml sesuai dengan kapasitas maksimal lambung. Hal tersebut dijelaskan oleh Morton *et al.* (2011) bahwa pemberian nutrisi metode bolus dianggap sebagai metode yang secara fisiologis paling alami hingga diberikan dengan volume maksimal 400 ml pada dewasa dengan periode pemberian 5-6 kali per hari.

Volume nutrisi yang banyak (>400 ml) dalam lambung mengakibatkan motilitas lambung menjadi lambat, isi lambung semakin asam yang akan memengaruhi pembukaan spinkter pilorus sehingga menyebabkan pengosongan lambung menjadi lambat. Pengosongan lambung yang lambat mengindikasikan peningkatan GRV. Pengosongan lambung yang lambat mengindikasikan peningkatan nilai GRV (Jayarasti, 2009).

2. Posisi pasien

Posisi pasien terbukti berhubungan dengan nilai GRV pada pasien yang mendapat nutrisi enteral (nilai $p = 0,035$), namun saat dilakukan uji multivariat posisi pasien memiliki peran minimal jika dibandingkan dengan faktor yang lain. Hal ini disebabkan posisi yang diberikan ke pasien adalah posisi netral dalam rentang $20-45^0$ yang masih tergolong aman untuk pemberian bolus *feeding* karena dapat meminimalkan terjadinya aspirasi pulmonal. Hal ini didukung oleh penelitian dari Stewart (2014) yang menjelaskan bahwa pemberian posisi $30-45^0$ yang dipertahankan selama pemberian nutrisi hingga 1 jam berikutnya mampu mengurangi episode *gastroesophageal reflux*. Pada pemberian nutrisi melalui metode bolus *feeding* menggunakan bantuan gaya gravitasi yang berhubungan dengan posisi derajat kemiringan pasien di bed. Semakin besar derajat kemiringan bed maka semakin cepat nutrisi tersebut masuk ke lambung pasien. Hal ini akan memengaruhi volume dalam lambung yang akan mengakibatkan motilitas lambung menjadi lambat sehingga pengosongan lambung menjadi lambat. Serangkain hal tersebut berdampak pada peningkatan nilai GRV.

Proporsi posisi responden sebagian besar dalam posisi *head of bed* ($15-30^0$) sebanyak 86,7 % sehingga nutrisi yang masuk tidak secepat pasien dengan posisi $>30^0$. Posisi yang diberikan ke pasien dalam rentang $20-45^0$ sehingga nilai GRV yang ada pada responden sebagian besar dalam kategori normal. Posisi bed pasien dalam rentang $20-45^0$ masih tergolong aman untuk pemberian nutrisi metode bolus *feeding* karena dapat meminimalkan terjadinya aspirasi pulmonal karena *gastroesophageal reflux* dapat dicegah dengan pemberian posisi tersebut.

3. PEEP (*Positive End Expiratory Pressure*)

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara nilai PEEP dengan nilai GRV pada pasien yang mendapat nutrisi enteral melalui bolus *feeding* dilihat dari nilai $p < 0,05$ yaitu 0,040. Namun saat dilakukan analisis multivariat nilai PEEP terbukti berperan minimal terhadap nilai GRV karena nilai OR yang dihasilkan lebih rendah dibandingkan nilai OR pada faktor osmolalitas. Penggunaan PEEP sangat bervariasi dari mulai 3 sampai dengan 15 cmH₂O atau lebih tergantung dari status oksigenasi pasien. Nilai PEEP terbukti berhubungan dengan nilai GRV karena nilai PEEP yang tinggi dapat menurunkan aliran vena splanknik dan berperan dalam mencetuskan iskemia mukosa gaster sehingga akan berpengaruh pada motilitas lambung yang berdampak pada nilai GRV. Hal ini didukung penelitian yang dilakukan oleh Mulyati, T., Sari F. & F. Sri (2012) bahwa PEEP yang tinggi akan meningkatkan nilai CVP yang ditandai penurunan *cardiac output* sehingga berdampak pada penurunan perfusi. PEEP dapat menyebabkan tekanan positif intratorakal sehingga menurunkan gradien tekanan vena ke thoraks dan tekanan positif mendesak permukaan luar jantung menyebabkan distensibilitas jantung berkurang sehingga

terjadi penurunan pengisian ventrikel selama fase diastol yang berdampak pada penurunan stroke output.

Metheny *et al.* (2012) mengemukakan bahwa penggunaan PEEP yang terlalu tinggi juga akan mengakibatkan *positive abdominal pressure* selama pemasangan ventilator sehingga berisiko terjadi aspirasi dari isi gaster. Dari hasil penelitian sebanyak 10 dari 23 responden yang mendapatkan PEEP >5 cmH₂O nilai GRV yang dihasilkan dalam kategori tidak normal.

4. Osmolalitas nutrisi

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara nilai osmolalitas dengan nilai GRV pada pasien yang mendapat nutrisi enteral melalui bolus *feeding* dilihat dari nilai $p < 0,05$ yaitu 0,038. Hasil analisis multivariat juga menunjukkan adanya pengaruh yang dominan terhadap nilai GRV yang dibuktikan dengan nilai OR 17,714. Osmolalitas memiliki pengaruh paling dominan karena proses pencernaan yang terjadi di lambung adalah digesti yaitu proses untuk memecah makanan menjadi bagian-bagian yang lebih kecil baik secara kimiawi maupun secara mekanis. Proses digesti akan lebih cepat apabila formula makanan sudah dalam bentuk partikel kecil dan tingkat kekentalan rendah, sehingga proses pengosongan lambung juga akan lebih cepat. Osmolalitas berhubungan dengan viskositas (derajat kekentalan formula) dan kandungan formula nutrisi (Hudak & Gallo, 2010).

Derajat toleransi pasien terhadap efek osmolalitas bervariasi. Biasanya pasien lemah lebih sensitif terhadap gangguan ini. Perawat harus mengetahui tentang formula osmolalitas dan harus mengobservasi sebagai upaya pencegahan terhadap gangguan gastrointestinal salah satunya nilai GRV yang dihasilkan. Apabila osmolalitas nutrisi yang diberikan ke pasien tinggi, maka dapat dimodifikasi dengan menambahkan volume pada nutrisi tersebut sehingga periode pemberian nutrisi menjadi lebih banyak. Misalnya semula pasien mendapat nutrisi 4 kali dalam sehari maka bisa dimodifikasi menjadi 6 kali pemberian. Namun, pemberian 4 kali tetap dapat diberikan pada pasien kritis apabila faktor osmolalitas diperhatikan yaitu tetap dipertahankan ≤ 300 mOsm/ kg air dan hemodinamik stabil terutama kadar saturasi oksigen $\geq 95\%$.

5. Usia

Hasil uji chi-square menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan nilai GRV (p value = 0,117). Faktor usia dapat dilakukan analisis selanjutnya secara multivariat namun memiliki peran yang minimal terhadap nilai GRV dengan OR < 1. Hal ini dikarenakan sebagian besar responden tidak berada dalam kategori lansia, dibuktikan dengan rata-rata usia responden adalah 53 tahun. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Munawaroh dkk. (2012) bahwa lansia memiliki pengaruh terhadap peningkatan nilai GRV karena mengalami proses menua sehingga saraf-saraf yang mempersarafi saluran cerna misalnya saraf parasimpatis mengalami gangguan sehingga menurunkan gerakan motilitas lambung. Melemahnya gerakan lambung menyebabkan gangguan atau keterlambatan dalam pengosongan lambung. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan

bahwa lansia yang berusia ≥ 65 tahun akan memengaruhi lamanya pengosongan lambung. Pengosongan lambung yang lambat menunjukkan peningkatan nilai GRV (Siburian, 2007).

6. Penyakit gastrointestinal

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara penyakit gastrointestinal dengan nilai GRV pada pasien yang mendapat nutrisi enteral dilihat dari nilai $p > 0,05$ (0,616). Hal ini disebabkan kriteria penyakit gastrointestinal yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pasien dengan mual, muntah, diare dan memiliki riwayat gastritis sedangkan menurut teori yang termasuk dalam kategori penyakit gastrointestinal selain yang sudah disebutkan adalah *stress ulcer* dan ulkus peptikum.

KESIMPULAN

Faktor-faktor yang terbukti berhubungan dengan GRV di ICU RSUD Tugurejo Semarang adalah osmolalitas, volume nutrisi, PEEP dan posisi pasien saat pemberian nutrisi. Faktor usia dan penyakit gastrointestinal dalam penelitian ini tidak terbukti berhubungan dengan nilai GRV. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan nilai GRV adalah osmolalitas nutrisi dengan nilai OR 17,714. Osmolalitas dan volume nutrisi secara bersama-sama memiliki hubungan yang besar dengan nilai GRV sedangkan faktor-faktor lain seperti PEEP, posisi, usia pasien serta penyakit gastrointestinal memiliki hubungan yang minimal. Berdasarkan penelitian ini faktor yang dapat dimodifikasi agar menghasilkan nilai GRV normal adalah faktor dari makanan yaitu osmolalitas dan volume nutrisi.

DAFTAR PUSTAKA

- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Hudak, C.M., & Gallo, B.M. (2010). *Keperawatan Kritis: Pendekatan Holistik. Alih Bahasa : Allenidekania dkk. Edisi 6*. Jakarta : EGC.
- Jayarasti. (2009). *Lambung*. <http://www.nutrisienteral.com>.
- Metheny, N.A., Andrew C.M., & Barbara J.S. (2012). Monitoring for Intolerance to Gastric Tube Feedings : A National Survey. *Am J Crit Care* 2012;21:e33-e40. Doi: 10.4037/ajcc2012647.
- Morton,P.G., Fontaine D., Hudak C.M., & Gallo, B.M. (2011). *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik Edisi 8*. Alih Bahasa Subekti, N.B, Yudha, E.K, Yulianti, D., Nurwahyu, Kapoh, R.P. Jakarta: EGC.
- Munawaroh, S.W., Handoyo, & Astutiningrum, D. (2012). Efektifitas Pemberian Nutrisi Enteral Metode Intermittent Feeding Dan Gravity Drip Terhadap Volume Residu Lambung Pada Pasien Kritis Di Ruang ICU RSUD Kebumen. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, Volume 8, No. 3, Oktober 2012*.
- Mulyati, T., Sari, F., & F. Sri S. (2012). Pengaruh Positive End Expiratory Pressure terhadap Nilai Central Venous Pressure. *Majalah Kedokteran Terapi Intensif Volume 2 Nomor 3 Juli 2012*.

- Reignier, J., Dimet, J., Martin, L.L., Bontemps, F., Fiancette, M., Clementi, E.,...Renard, B. (2010). Before After Study of A Standardized ICU Protocol for Early Enteral Feeding in Patients Turned in Prone Position. *Clinical Nutrition* 29, 210-216.
- Ridley, E.J. (2011). Practicalities of Nutrition Support in The Intensive Care Unit : The Usefulness of gastric Residual Volume and Prokinetic Agents With Enteral Nutrition. *Nutrition of Journal* www.nutritionjrnل.com
- Rodriguez, L., Cervantes,E., & Ortiz,R. (2011). Malnutritional and Gastrointestinal and Respiratory Infection in Children. Mexico: *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Sherwood L. (2010). *Cardiac Physiology Dalam Human Physiology: From Cells to Systems. Edisi ke 7th*. Canada: Brooks/Cole, Cengage Learning:302-41.
- Siburian, P. (2007). *Mengapa Lansia Cepat Merasa Kenyang?*. <http://www.waspada.co.id>.
- Stewart, M.L. (2014). Interruptions in Enteral Nutrition Delivery in Critically Ill Patients and Recommendations for Clinical Practice. *American Association of Critical Care Nurses. Crit Care Nurse* 2014,34:14-22.doi:10.4037/ccn2014243.
- Wiryana, M. (2007). Nutrisi Pada Penderita Sakit Kritis. *Jurnal Penyakit Dalam, Volume 8 Nomor 2 Mei 2009*.
- Yuliana. (2009). *Nutrisi Enteral di Intensive Care Unit (ICU)*. Cermin Dunia Kedokteran Vol.36 No.2 Halaman 87 Maret-April 2009.
- Ziegler, T.R. (2009). Parenteral Nutrition in the Critically Ill Patient. *The new england journal of medicine* 361;11 nejm.org september 10, 2009.

HEMODIALYSIS PATIENTS : BEHAVIORAL DETERMINANTS OF LIFE

Muncul Wiyana¹, Sri Subekti¹, Rendi E D¹, Nurlaili K¹

¹Akademi Keperawatan Madiun

Jl. Imam Bonjol No 1 Madiun (085730177367)

ABSTRAK

Pasien gagal ginjal stage V memerlukan terapi hemodialisa, dimana pasien dapat bertahan hidup mencapai 15 tahun setelah terapi. Perilaku makan, minum, dan aktifitas pasien hemodialisa, menentukan status kesehatannya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perilaku pasien hemodialisa dalam mempertahankan kesehatannya di RSUD DR Soedono, Madiun. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif, dengan teknik pengambilan sample *purposive sampling*. Informan berjumlah 10 orang, terdiri dari 1 orang kepala ruang hemodialisis, dan 9 orang pasien hemodialisis dengan kriteria menjalani hemodialisis secara reguler minimal 1 tahun. Teknik pengumpulan data menggunakan *in depth interview* dengan bentuk pertanyaan *open-ended* semi terstruktur, dan observasi. Hasil wawancara direkam dengan kamera video, kemudian ditranskrip verbatim dan dianalisis menggunakan analisis interaktif. Keabsahan data menggunakan triangulasi data, metode, peneliti dan teori. Hasil analisis diperoleh 9 tema yaitu (1) Perilaku diet, (2) Perilaku minum, (3) Perilaku pengobatan, (4) Perilaku pasrah, (5) Aktifitas, (6) Dukungan keluarga, (7) Tingkat kesembuhan, (8) Penyakit dasar, dan (9) Keluhan. Hasil penelitian ini menunjukkan perilaku diet, minum dan aktifitas pasien gagal ginjal, ada yang telah sesuai dengan anjuran perawatan, ada yang belum sesuai. Ada pasien gagal ginjal stage V, yang tidak lagi memerlukan hemodialisa, karena BUN dan kreatinin kembali normal. Kesimpulannya yaitu pasien dengan perilaku sesuai anjuran, mengalami penurunan jumlah keluhan, dan waktu hemodialisa diperpanjang. Perlu diciptakan makanan dan minuman praktis, yang sesuai dengan takaran kebutuhan pasien hemodialisa.

Kata Kunci : perilaku, gagal ginjal, hemodialisa

Daftar Pustaka : 16 (2001-2016)

LATAR BELAKANG

Angka kejadian gagal ginjal terus meningkat setiap tahunnya. Data ruang hemodialisa RSUD Dr Soedono Madiun menunjukkan rata-rata tindakan hemodialisis di tahun 2014 sebanyak 1159 tindakan per bulan, ini meningkat dibandingkan tahun 2012 yang rata-rata hanya 864 tindakan per bulan. Mesin hemodialisis yang terbatas membuat pasien antri menunggu jadwal hemodialisa. Terapi hemodialisa memiliki harga Rp 800.000,00 – Rp 900.000,00 sekali terapi dan pasien umumnya menjalani terapi 2 kali dalam seminggu. Pasien gagal ginjal dengan kadar BUN dan kreatinin normal, tentunya akan menghemat biaya dan meningkatkan kesejahteraan pasien. BUN dan kreatinin yang terjaga kadarnya, hanya dapat dilakukan dengan menjaga pola makan, minum, aktifitas dan psikologis pasien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perilaku pasien hemodialisa dalam mempertahankan kesehatannya di RSUD DR Soedono, Madiun.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini berjenis kualitatif deskriptif, dan dilakukan di RSUD Dr Soedono Madiun, pada bulan Januari sampai November 2015. Sumber data dari penelitian ini yaitu informan (pasien, keluarga pasien, dan perawat), peristiwa dan aktifitas pasien, observasi, serta dokumen berupa hasil laboratorium pasien. Teknik pengumpulan data dengan in depth interviewing, observasi, dan analisis dokumen.

Teknik sampling yang digunakan yaitu purposive sampling. Peneliti mewawancarai kepala ruang hemodialisis sebagai informan pertama. Lalu kepala ruang hemodialisis merekomendasikan informan selanjutnya dengan kriteria menjalani hemodialisis reguler minimal 1 tahun. Peneliti melakukan kontrak waktu untuk melakukan in depth interviewing di rumah pasien dan dilakukan selama 45-90 menit.

Validitas data menggunakan triangulasi sumber, metode, peneliti, dan teori. Triangulasi sumber dilakukan dengan tidak hanya mewawancarai pasien, tetapi juga keluarga pasien, serta di cocokkan dengan rekam medis pasien. Triangulasi metode dengan cara peneliti mengikuti aktifitas pasien seperti beribadah, bekerja di sawah, serta makan bersama, lalu mencatatnya. Triangulasi peneliti dilakukan dengan melakukan brain storming dengan perawat berkualifikasi magister keperawatan, serta membaca jurnal dengan bantuan mesin pencarian proquest, dan science direct. Triangulasi teori dilakukan dengan menganalisis hasil penelitian dengan teori yang telah dikemukakan, melalui buku urologi.

HASIL

A. Karakteristik Informan

Karakteristik informan berdasarkan kebutuhan hemodialisisnya yaitu 1 pasien tidak memerlukan hemodialisa, 1 pasien seminggu sekali, 3 pasien hemodialisa 5 hari sekali, dan 5 orang hemodialisa 2x seminggu. Karakteristik pasien berdasarkan usia yaitu 30 – 60 tahun

B. Interpretasi tema

Hasil analisis diperoleh 9 tema yaitu (1) Perilaku diet, (2) Perilaku minum, (3) Perilaku pengobatan, (4) Perilaku pasrah, (5) Aktifitas, (6) Dukungan keluarga, (7) Tingkat kesembuhan, (8) Penyakit dasar, dan (9) Keluhan.

Tema 1 : Perilaku Diet

Diet pasien peneliti bagi menjadi 2 kelompok yaitu **diet pasien yang mengalami keadaan membaik, dan diet pasien yang mengalami keadaan memburuk**. Pada diet pasien yang mengalami keadaan membaik, pasien juga **mengonsumsi buah** dengan beragam jenis buah dan jumlah buah terbatas. Selain buah diet pasien membaik juga terdiri dari sayur-sayuran, dimana sayurnya dapat berupa **sayur menir, sayur asem, sayur bening, sayur bayam, daun ketela dan wortel**. **Pasien gagal ginjal juga** mengonsumsi telur ayam kampung untuk memenuhi kebutuhan protein. Perilaku makan pasien gagal ginjal beragam jenisnya, supaya lebih aman ada satu pernyataan pasien yang menyatakan **makan sesuai dengan daftar**

makanan dari rumah sakit, dengan harapan patuh diet dapat membuat kondisi pasien membaik.

Diet pasien yang memiliki keadaan memburuk juga berbagai macam jenis. Komposisi makanan pasien dapat berupa nasi, ikan, sesuai aturan, sayur, buah, membatasi makanan, dan sesuai keluarga.

Tema 2 : Perilaku Minum

Pada tema 2 yaitu perilaku minum pasien, peneliti membagi pasien didalam 2 keadaan yaitu perilaku minum pasien pada keadaan membaik dan keadaan memburuk. Pada perilaku minum pasien keadaan membaik, terdiri dari kebiasaan minum wedang, minum sesuai air kencing, minumnya biasa, tidak minum air kelapa, dan minum tidak ditakar. Pada pasien dengan keadaan memburuk memiliki kebiasaan minum dengan mencuri kesempatan, sehingga minumnya banyak dan tidak terkontrol, dan ada pasien yang meminum 1-2 gelas air per hari. Pada pasien dengan keadaan memburuk, adapun variasi minuman yang meraka konsumsi, yaitu berupa kopi, teh, es buah, dan jahe.

Tema 3 : Perilaku Pengobatan

Pada tema yang ke 3 ini didapatkan suatu informasi dimana pada pasien dengan kondisi membaik, cenderung memanfaatkan terapi komplementer disamping menjalani hemodialisa, sedangkan pada pasien dengan kondisi memburuk cenderung hanya melakukan terapi hemodialisa. Adapun gambaran pengobatan pada pasien dengan kondisi membaik, diantaranya yaitu mengkonsumsi daun sambung nyowo, bekam, tranfer energi, madu dan pil, binahong dan sirih merah dan cuci darah.

Tema 4 : Perilaku Pasrah

Pasien dengan kondisi membaik cenderung **menuruti kemauan** dan melakukan apa yang dia inginkan. Informan tidak berdiam diri atau aktif bekerja secara berlebihan, dalam artian menyesuaikan dengan kondisi tubuhnya Selain menuruti kemauan maka, adapula keyakinan **kekuatan batin** dimana kekuatan ini diartikan bahwa jika kita berdoa kepada Tuhan YME maka batin kita akan merasa tenang sehingga kita bisa sembuh dari penyakit. **Pasrah** merupakan kunci utama yang dilakukan oleh sebagian besar informan. Kepasrahan berarti meyakini bahwa apa yang dia dapatkan saat ini merupakan ujian dari Tuhan YME dan menerima dengan sabar. **Berdoa** merupakan sarana yang dilakukan oleh manusia didalam meminta sesuatu kepada Tuhannya. Pada dasarnya berdoa ada kaitannya dengan proses psikoneuroimunologi dimana psikologis yang tenang akan membuat imunitas seseorang menjadi meningkat. Pasien dengan kondisi membaik cenderung memiliki kebiasaan berdoa yang baik.

Tema 5 : Aktifitas Pasien

Aktifitas pasien dikelompokkan menjadi 2 yaitu pasien dengan kondisi membaik dan pasien dengan kondisi memburuk. Pada pasien dengan kondisi membaik maka mereka cenderung aktif melakukan kegiatan seperti bekerja dan rekreasi seperti jalan-jalan, bersepeda, main bersama cucu, dan arisan. Pada pasien dengan keadaan memburuk cenderung membatasi aktifitas dimana informan cenderung hanya masak, duduk-duduk, dan istirahat.

Tema 6 : Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga terbagi atas dukungan keluarga dengan kondisi pasien membaik dan kondisi pasien memburuk. Pada pasien dengan kondisi membaik atau memburuk memiliki kesamaan yaitu dukungan keluarga baik dan kontrol keluarga terhadap perilaku pasien baik pula.

Tema 7. Tingkat Kesembuhan

Gambaran mengenai tingkat kesembuhan pasien dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu **pasien membaik** dan **pasien memburuk**. **Pasien membaik** digolongkan menjadi 2 kriteria yaitu **pasien tidak memerlukan hemodialisa** dan **pasien dengan memperpanjang waktu pelaksanaan hemodialisa**. Pasien yang tidak memerlukan hemodialisa adalah pasien yang telah menjalani hemodialisa selama 2 tahun dan saat ini tidak memerlukan hemodialisa lagi dikarenakan BUN dan kreatininnya kembali normal. Kondisi pasien membaik yang kedua yaitu **pasien dengan memperpanjang waktu pelaksanaan hemodialisa**. Pasien dengan memperpanjang waktu pelaksanaan hemodialisa terdapat beberapa variasi, dimana yang pertama awalnya pasien di berikan terapi hemodialisa 5 hari sekali, lalu saat ini menjadi 7 hari sekali. Variasi yang kedua yaitu pasien dikurangi jam pelaksanaan hemodialisanya menjadi 2 jam sekali hemodialisa. Pada sub tema **pasien memburuk** dapat didefinisikan yaitu kondisi pasien dimana terjadi **pemendekan waktu hemodialisa**. Pemendekan waktu hemodialisa terjadi karena berbagai hal, terutama terkait dengan penurunan kondisi pasien. Variasi pemendekan waktu hemodialisa yang dilakukan yaitu jadwal hemodialisa yang awalnya 10 hari sekali, menjadi 5 hari sekali, dan dari 1 minggu sekali menjadi 5 hari sekali.

Tema 8 : Penyakit dasar

Pada tema penyakit dasar peneliti bagi menjadi 2 kelompok yaitu kondisi pasien membaik dan kondisi pasien memburuk. Pada kondisi pasien membaik, penyakit dasar dapat disebabkan oleh penyakit komplikasi dari diabetes melitus, hipertensi dan batu ginjal, ataupun penyakit batu ginjal saja. Minuman berenergi dan tingginya kadar kalium juga dapat menjadi penyakit dasar pasien memiliki keadaan membaik. Pada pasien yang memiliki keadaan memburuk, maka penyakit dasarnya dapat berupa penyakit hipertensi dan kolesterol, minum *soft drink*, dan minuman berenergi.

Tema 9 : Keluhan

Keluhan yang dialami oleh pasien yang menjalani hemodialisa beragam, dimana terdiri dari odema, sesak nafas, gangguan pencernaan (mual, muntah), gangguan aktifitas (gemetar) , anemia, dan nyeri

PEMBAHASAN

Tema 1 : Perilaku Diet

Pada dasarnya pasien gagal ginjal juga memerlukan makanan tinggi protein, untuk mengganti protein yang hilang saat menjalani proses hemodialisa. Permasalahannya yaitu makanan yang dimakan oleh pasien berjenis protein nabati, dimana sulit dipecah oleh tubuh sehingga meninggalkan sisa kreatinin yang tinggi pada darah. Protein yang baik yaitu berasal dari hewani dengan takaran 1,2g/KgBB/hari (*Nutritional management of renal diseases*, 2004). Protein hewani merupakan asam amino esensial yang lengkap digunakan sebagai zat

pembangun untuk mengganti jaringan aus atau rusak, membentuk anti bodi, enzim serta hormon daripada sebagai sumber energi, sehingga pelepasan ureumnya tidak berlebihan. Sebagian besar pasien telah mengerti menu makanan yang baik, akan tetapi karena tidak ingin merepotkan keluarga, maka mereka makan sesuai apa yang dimakan keluarga.

Tema 2 : Perilaku Minum

Kelebihan jumlah air dan elektrolit dapat berakibat fatal pada pasien. Prinsip terbaik untuk minum pasien adalah minum sesuai dengan jumlah urine yang dikeluarkan ditambah 500 cc (Hartono, 2008). Kebiasaan minum air pasien berpengaruh pada keluhan yang dirasakan. Kelebihan minum air menyebabkan pasien bengkak sampai sesak nafas. Jenis minuman yang dikonsumsi pasien hemodialisa sebaiknya air putih dengan kandungan elektrolit rendah. Salah satu informan mengatakan pernah minum es buah, lalu sesak dan bengkak. Masalah ini terjadi karena elektrolit yang berlebihan pada minuman, menyebabkan ketidak seimbangan natrium dan kalium sel, sehingga terjadi penumpukan air pada interseluler.

Tema 3 : Perilaku Pengobatan

Keseluruhan informan menjalani hemodialisis, sebagai terapi utama untuk gagal ginjal. Hemodialisa adalah suatu tindakan yang dapat memulihkan keseimbangan cairan dan elektrolit, mengendalikan keseimbangan asam basa, dan mengeluarkan sisa metabolisme dan bahan toksik dari tubuh. Terdapat pasien yang menjalani pengobatan komplementer. Pengobatan tersebut memberikan efek baik bagi pasien, seperti waktu hemodialisis yang diperpanjang, keluhan yang minimal, dan aktifitas yang baik. Pengobatan komplementer tersebut memiliki 2 jalan untuk memperbaiki kondisi kesehatan pasien, yaitu sugesti atau efek farmakologi. Keduanya dapat meningkatkan imunitas pasien sehingga kesehatan pasien membaik.

Tema 4 : Perilaku Pasrah

Keseluruhan informan mengaku pasrah pada keadaan. Pasien dengan kondisi membaik cenderung meningkatkan ibadahnya, dengan solat, mengaji dan zikir. Terapi spiritual berkaitan dengan psikoneuroimunologi. Stres dapat menyebabkan disfungsi endothel, penempelan limfosit T dan platelet yang menyebabkan *atherosclerosis*. Pasien dengan spriritual yang baik, dapat mengelola stres dengan baik maka resiko *atherosclerosis* berkurang, sehingga keadaan ginjal tidak terus memburuk.

Tema 5 : Aktifitas

Aktifitas pasien tergantung pada kondisi kesehatan pasien. Pasien dengan kesehatan baik, mampu melakukan aktifitas sama seperti saat sebelum sakit, sedangkan pasien dengan keadaan memburuk aktifitasnya dibatasi. Aktifitas butuh energi, sedangkan pasien hemodialisa tidak dapat makan sembarang makanan. Asupan nutrisi cenderung menurun, sehingga pasien lemas. Aktifitas yang berlebihan juga tidak baik bagi pasien, karena dapat meningkatkan pengeluaran cairan dan rasa haus. Aktifitas pasien tidak terdapat standart, tetapi berprinsip tidak membebani fisik pasien.

Tema 6 : Dukungan Keluarga

Keseluruhan informan mendapatkan dukungan keluarga. Dukungan keluarga tidak berefek lebih pada kondisi kesehatan pasien. Perilaku pasien sendirilah yang paling berpengaruh pada

kesehatannya. Sebagai contoh keluarga telah membatasi minum pasien, akan tetapi pasien mencuri-curi minuman.

Tema 7 : Tingkat Kesembuhan

Pada dasarnya seseorang yang menderita gagal ginjal tidak akan bisa sembuh, dan selanjutnya dipastikan pasien akan menjalani terapi hemodialisa seumur hidupnya. Pada penelitian ini didapatkan 1 orang informan tidak memerlukan terapi hemodialisa, setelah pasien menjalani terapi hemodialisa selama 2 tahun. Informan pertama yaitu perawat hemodialisa, berpendapat hal ini terjadi karena penyebab dari gagal ginjal pada informan tersebut berasal dari batu saluran kemih, dan setelah dikonfirmasi kepada informan tersebut, ternyata memang pasien tersebut mengalami gagal ginjal dikarenakan batu saluran kemih. Batu saluran kemih dianggap sebagai penyebab kerusakan pada ginjal pasien, dan jika belum terlambat penanganan batu saluran kemihnya, maka kerusakan ginjal dapat diminimalisir. Pasien dengan perilaku makan, minum dan aktifitas yang baik, maka dapat bebas dari hemodialisa.

Tema 8 : Penyakit Dasar

Penyakit dasar informan yaitu diabetes melitus, hipertensi, batu ginjal dan akibat minuman berenergi. Informan dengan penyakit dasar diabetes melitus (DM) dan minuman berenergi memiliki keluhan lebih banyak dan keadaan yang lebih buruk. DM menyebabkan aliran darah di ginjal menjadi tidak lancar, sedangkan minuman berenergi membuat kerja nefron meningkat akibat rangsangan aliran darah yang tinggi. Keadaan ini membuat kondisi ginjal tidak sehat

Tema 9 : Keluhan

Keluhan utama yang dirasakan pasien hemodialisis yaitu sesak dan bengkak. Hal ini terjadi karena kebiasaan makan dan minum yang tidak terkontrol. Keluhan lemas dikarenakan kondisi anemia yang dialami. Anemia terjadi karena produksi eritropoetin dari ginjal menurun sehingga eritrosit tidak diproduksi maksimal. Selain itu saat proses hemodialisa, sebagian eritrosit rusak, sehingga pasien mengalami anemia.

KESIMPULAN

Perilaku pasien dapat dikelompokkan pada 2 kondisi yaitu pasien dengan kondisi membaik dan pasien dengan keadaan memburuk. Pasien dengan kondisi membaik dikarenakan perilaku makan, minum, pengobatan, kepatuhan yang baik pula. Hal ini menyebabkan keluhan yang dirasakan pasien minimal, dan proses hemodialisa waktunya dapat diperpanjang, atau sama sekali tidak hemodialisa. Pasien dengan keadaan memburuk memiliki perilaku makan, minum, pengobatan yang kurang baik, sehingga keluhan pasien menjadi lebih banyak. Hal ini menyebabkan waktu hemodialisa pasien diperpendek.

REKOMENDASI

1. Perlu diciptakan makanan dan minuman yang sesuai dengan takaran kebutuhan pasien hemodialisa.
2. Lanjutkan penelitian tentang efek terapi komplementer terhadap perbaikan kondisi ginjal

3. Lanjutkan penelitian tentang hubungan penyakit dasar pasien hemodialisa dengan keluhan yang dirasakan

DAFTAR PUSTAKA

- Arora Pradeep. (2012). Chronic Kidney Disease. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/238798-overview#showall>
- Baradero. (2009). Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Ginjal. Jakarta : EGC
- Bargman Joanne M, Skorecki Karl. (2008). Chronic Kidney Disease In: Fauci, Longo. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th ed. Vol II. United States of America : McGraw - Hill Companies. p.1761 – 1762.
- Cahyaningsih, Niken. (2009). Hemodialisis Cuci Darah Paduan Praktis Perawatan Gagal Ginjal. Yogyakarta : Mitra Cendekia Press.
- Effendi Imam, Markum H.M.S. (2010). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi V. Jilid II. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FKUI. Hal.938 - 939.
- Hartono, Andry. (2008). Rawat Ginjal Cegah Cuci Darah. Yogyakarta : Kanisius.
- Lara Zafrani, et all. (2015). Microcirculation in Acute and Chronic Kidney Diseases. American Journal of Kidney Diseases Volume 66, Pages 1083–1094
- Prodjosudjadi W, Suhardjono A. (2012). End Stage Renal Disease In Indonesia: Treatment Development. Available from : <http://www.ishib.org/journal/19-1s1/ethn-19-01s1-33.pdf>
- Sugiyono. (2013). Metodologi Penelitian Kuantitatif Kualitatif. Bandung : Alfabeta.
- Sutopo, HB. (2006). Metodologi penelitian kualitatif dasar teori dan terapannya dalam penelitian, edisi 2. Surakarta : Universitas Sebelas Maret press
- Smeltzer, Suzanne C. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Jakarta :EGC
- Suyono, Slamet. (2001). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi 3. Jilid I II. Jakarta.: Balai Penerbit FKUI
- Vassalotti, et all. (2016). Practical Approach to Detection and Management of Chronic Kidney Disease for the Primary Care Clinician. National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative0002-9343/ 2016 The Authors. Published by Elsevier Inc.
- Wen, et all. (2014). Relative risks of chronic kidney disease for mortality and end-stage renal disease across races are similar for the Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. <http://www.kidney-international.org/> clinical investigation International Society of Nephrology
- Wong, et all. (2016). Increased Burden of Vision Impairment and Eye Diseases in Persons with Chronic Kidney Disease — A Population-Based Study. Published by Elsevier
- Rachmanto (2015), Kumpulan materi pendidikan dan pelatihan perawat dialisis. Instalasi ginjal & hipertensi FK UNS/RSUD dr. Moewardi.

KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN KANKER NASOFARING DI RSUP DR. KARIADI SEMARANG

V. Dyah Purihastuti¹⁾, Niken Safitri DK²⁾

- 1) Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email: purihastuti.dyah07@gmail.com)
- 2) Staf Pengajar Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email:niken.dyan@gmail.com)

ABSTRAK

Jumlah pasien kanker nasofaring di RSUP Dokter Kariadi Semarang cukup banyak dan angka kematian karena kanker nasofaring cukup tinggi. Penyakit kanker nasofaring menyebabkan penderitaan karena menimbulkan dampak fisik, sosial, ekonomi, dan juga spiritual. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kebutuhan spiritual pasien kanker nasofaring di RSUP dr. Kariadi Semarang.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskripsi. Pengumpulan data dilakukan dengan melengkapi kuesioner *Spiritual Needs Assessment for Patient's (SNAP)*. Jumlah responden sebanyak 42 orang dengan teknik *purposive sampling*. Data yang diperoleh diolah dengan menggunakan analisis univariat untuk mengetahui distribusi dan persentase masing-masing variabel.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebutuhan spiritual adalah kebutuhan yang sangat penting bagi pasien-pasien kanker nasofaring. Kategori kebutuhan spiritual psikologis mayoritas responden (52,4%) menyatakan cukup butuh bantuan dan pada kebutuhan spiritual rohani mayoritas responden (54,4%) menyatakan cukup butuh bantuan. Selain itu, pada kebutuhan spiritual agama sebanyak 50% responden menyatakan sangat bermanfaat.

Penelitian ini menyimpulkan bahwa kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan yang sangat penting. Tidak ada responden yang menganggap bahwa kebutuhan spiritual itu tidak penting. Oleh karena itu, dalam memberikan asuhan keperawatan sebaiknya seorang perawat juga mengkaji kebutuhan spiritual pasien kanker nasofaring secara tepat.

Kata kunci : kebutuhan spiritual, kanker nasofaring

Daftar Pustaka: 9 (2000-2013)

PENDAHULUAN

Kanker merupakan penyakit yang dapat mempengaruhi setiap aspek kehidupan manusia. Setiap jenis pengobatan terhadap penyakit ini dapat menimbulkan masalah fisiologis, psikologis, spiritual, dan sosial bahkan ekonomi pasien. Keyakinan dan sikap pasien dapat mempengaruhi responnya terhadap diagnosa kanker yang ditegakkan terhadap dirinya. Keyakinan dan sikap ini meliputi keyakinan spiritual yang bersifat keagamaan, maupun falsafah hidup yang dianutnya. Kemauan pengobatan pasien kanker tahap lanjut sangat ditentukan oleh sistem imunitas pasien di mana sistem ini hanya dapat berfungsi optimal pada pasien yang memiliki sikap mental dan keyakinan beragama yang baik. Sebaliknya sikap mental dan keyakinan beragama yang buruk terbukti melemahkan sistem imunitas tubuh

(Harsanto, 2010). Dengan demikian, kepribadian yang sehat serta pandangan dan sikap positif pasien memegang peranan penting dalam keberhasilan pengobatan.

Hasil penelitian terhadap pasien kanker payudara menyimpulkan bahwa dengan kekuatan spiritual yang dimiliki dapat membantu pasien menerima kenyataan yang sedang dialami sebagai cobaan dari Tuhan (Harsanto, 2010). Selain itu, penelitian tentang kebutuhan spiritual pada pasien kanker serviks menunjukkan bahwa kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan yang sangat penting, dan merupakan kebutuhan yang sangat unik dan setiap orang memiliki kebutuhan yang berbeda-beda (Fitriana, 2013).

Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa spiritual dapat menjadi mekanisme koping dan faktor yang berkontribusi penting terhadap proses pemulihan klien (Narayanasamy, 2007). Kebutuhan spiritual merupakan salah satu aspek yang harus dipenuhi oleh perawat kepada pasien dalam perawatan paliatif pasien kanker (Dwidiyanti, 2008). Spiritualitas adalah salah satu bagian dari kualitas hidup dan berada dalam domain kapasitas diri yang terdiri atas nilai-nilai personal, standar personal, dan kepercayaan. Spiritualitas diartikan sebagai multi dimensi yang merujuk pada hubungan yang satu dengan yang lain, hubungan dengan orang lain, dan hubungan dengan kekuatan tertinggi atau Tuhan.

Spiritualitas penting dikembangkan menjadi dasar tindakan dalam pelayanan kesehatan. Pengertian tentang pentingnya memahami kebutuhan spiritual pasien yang dilandasi atas keyakinan beragama, nilai, dan pengalaman kehidupan pasien sering tidak menjadi fokus perhatian tenaga kesehatan. Hal ini mungkin disebabkan sulitnya menjelaskan secara ilmiah aspek spiritual. Makna spiritual yang masih dianggap sebagai hal yang sama dengan agama menimbulkan kerancuan sendiri dalam memberikan intervensi keperawatan (Hamid, 2000). Dinyatakan juga bahwa pengkajian tentang spiritual dirasa masih sulit dijalani oleh perawat. Perawat paliatif mengatakan kesulitan disebabkan kekurangan kata-kata tentang isu spiritual, hal yang bersifat pribadi mengenai kematian, ketakutan tidak dapat menyelesaikan masalah spiritual pasien, terkendala waktu, dan kesulitan memisahkan antara kebutuhan spiritual dan agama.

Berdasarkan fenomena yang dijelaskan maka dirasakan perlu dilakukan penelitian tentang kebutuhan spiritual pasien kanker nasofaring. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kebutuhan spiritual pada pasien kanker nasofaring.

METODOLOGI

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Metode penelitian yang digunakan adalah survei deskriptif. Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi semua pasien kanker nasofaring berusia ≥ 20 tahun yang dirawat di unit rawat inap RSUP dr. Kariadi Semarang.

Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Alat yang digunakan dalam pengumpulan data adalah kuesioner yang berisi data demografi pasien dan kuesioner *Spiritual Needs Assessment For Patients (SNAP)*. Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah analisis univariat. Distribusi frekuensi disampaikan dalam bentuk tabel untuk memperjelas hasil penelitian.

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi Responden di RSUP Dr. Kariadi Semarang 2014 (n=42)

KARAKTERISTIK	JUMLAH (N)	PERSENTASE (%)
Usia		
12-20 th	1	2,4
21-35 th	4	9,5
36-45 th	15	35,7
>45 th	22	52,4
Stadium Kanker		
Satu	1	2,4
Dua	5	11,9
Tiga	21	50,0
Empat	15	35,7
Jenis kelamin		
Perempuan	14	33,3
Laki-laki	28	66,7
Agama		
Islam	40	95,2
Kristen	2	4,8
Pendidikan		
Tidak tamat SD	1	2,4
SD	11	26,2
SMP	17	40,5
SMA	11	26,2
Sarjana	2	4,8
Pekerjaan		
Tidak bekerja	4	9,5
Ibu rumah tangga	4	9,5
Swasta	13	31,0
Buruh	13	31,0
Petani	7	16,7
Nelayan	1	2,4

Tabel 1 menunjukkan bahwa responden mayoritas berada pada usia > 45 tahun (52,4%). Lebih banyak responden berjenis kelamin laki-laki (66,7%) daripada perempuan. Selain itu, jumlah terbanyak responden (50%) mengalami kanker nasofaring pada stadium 3. Mayoritas responden (95,2%) menganut agama Islam.

B. Analisis Kebutuhan Spiritual Pasien Kanker Nasofaring

Tabel 2 menunjukkan distribusi frekuensi tingkat kebutuhan spiritual pasien kanker nasofaring. Terlihat bahwa mayoritas responden (66,7%) menganggap bahwa kebutuhan spiritual sangat penting. Tidak ada responden yang menyatakan bahwa kebutuhan spiritual itu tidak penting.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Tingkat Kebutuhan Spiritual Pasien Kanker Nasofaring di RSUP dr. Kariadi Semarang 2014 (n=42)

KEBUTUHAN SPIRITUAL	JUMLAH (N)	PROSENTASE (%)
Tidak penting	0	0
cukup penting	14	33,3
sangat penting	28	66,7
Total	42	100,0

Secara detail, uraian masing-masing pertanyaan dmengenai kebutuhan spiritual pada pasien dengan kanker nasofaring dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kebutuhan Spiritual Pasien Sesuai Jawaban Pasien Kanker Nasofaring di RSUP dr. Kariadi Semarang 2014 (n=42)

Seberapa banyak Anda ingin bantuan untuk:	Sangat banyak	Cukup banyak	Tidak terlalu banyak	Tidak sama sekali
Berhubungan dengan pasien lain yang memiliki penyakit yang sama?	11 (26,2%)	17 (40,5%)	8 (19%)	6 (14,3%)
Relaksasi atau manajemen stres ?	7 (16,7%)	14 (33,3%)	15 (35,7%)	6 (14,3%)
Belajar mengatasi perasaan sedih	17 (40,5%)	11 (26,2%)	13 (31,0%)	1 (2,4%)
Mencurahkan pikiran dan perasaan kepada orang yang dekat dengan Anda?	26 (61,9%)	6 (14,3%)	10 (23,8%)	0 (0%)
Mengungkapkan rasa khawatir terhadap keluarga Anda?	17 (40,5%)	21 (50%)	2 (4,8%)	2 (4,8%)
Menemukan makna dari penyakit yang Anda alami?	24 (57,1%)	9 (21,4%)	9 (21,4%)	0 (0%)
Menemukan harapan?	30 (71,4%)	2 (4,8%)	7 (16,7%)	3 (7,1%)
Mengatasi ketakutan?	16 (38,1%)	13 (31%)	7 (16,7%)	6 (14,3%)
Melakukan meditasi atau berdoa secara pribadi?	38 (90,5%)	4 (9,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Berhubungan dengan Tuhan atau sesuatu yang memiliki kekuatan di atas diri Anda sendiri?	33 (76,6%)	5 (11,9%)	4 (9,5%)	0 (0%)
Lebih dekat dengan komunitas/ kelompok yang memiliki kesamaan kepercayaan spiritual dengan Anda?	16 (38,1%)	11 (26,2%)	11 (26,2%)	4 (9,5%)
Mengatasi setiap penderitaan yang mungkin Anda alami?	22 (52,4%)	12 (28,6%)	6 (14,3%)	2 (4,8%)
Seberapa banyak Anda ingin berbicara dengan seseorang tentang:	Sangat ingin	Agak ingin	Tidak terlalu ingin	Tidak sama sekali
Makna dan tujuan hidup manusia?	26 (61,9%)	12 (28,6%)	4 (9,5%)	0 (0%)
Keadaan sakaratul maut dan kematian?	17 (40,5%)	5 (11,9%)	6 (14,3%)	14 (33,3%)
Menemukan ketenangan pikiran?	35 (83,3%)	6 (14,3%)	0 (0%)	1 (2,4%)

Menyelesaikan perselisihan/ sengketa lama atau kebencian di antara keluarga atau teman-teman?	14 (33,3%)	6 (14,3%)	12 (28,6%)	10 (23,8%)
Menemukan pengampunan?	36 (85,7%)	5 (11,9%)	0 (0%)	1 (2,4%)
Membuat keputusan tentang perawatan kesehatan yang sesuai dengan keyakinan spiritual atau agama Anda?	21 (50,0%)	15 (35,7%)	3 (7,1%)	3 (7,1%)
Seberapa banyak hal berikut akan bermanfaat bagi Anda?	Sangat	Agak	Tidak terlalu	Tidak sama sekali
Kunjungan dari ulama, Kyai (untuk yang beragama Islam), Rohaniawan (untuk yang beragama non muslim) dari kelompok agama Anda sendiri?	30 (71,4%)	8 (19,0%)	2 (4,8%)	2 (4,8%)
Kunjungan dari seorang Rohaniawan rumah sakit?	25 (59,5%)	14 (33,3%)	2 (4,8%)	1 (2,4%)
Kunjungan dari sesama anggota komunitas/ kelompok agama Anda?	31 (73,8%)	6 (14,3%)	3 (7,1%)	2 (4,8%)
Melakukan ritual keagamaan seperti sholawat, berdzikir (untuk muslim), nyanyian, berdoa, menyalakan dupa atau lilin, mendapat urapan, komuni, ataupun persekutuan doa (untuk non muslim) ?	25 (59,5%)	9 (21,4%)	7 (16,7%)	1 (2,4%)
Seseorang untuk membawakan Anda buku-buku spiritual seperti Al Qur'an (untuk muslim), Injil, Taurat, Alkitab atau Tibet Kitab Orang Mati (untuk non muslim)?	24 (57,1%)	13 (31,0%)	2 (4,8%)	3 (7,1%)

Tabel 3 menunjukkan bahwa mayoritas responden membutuhkan bantuan pada kategori cukup banyak dan sangat banyak. Pertanyaan yang mengidentifikasi tentang keinginan responden berbicara dengan seseorang menunjukkan bahwa mayoritas responden memilih sangat ingin, sedangkan pada pertanyaan mengenai hal yang bermanfaat menunjukkan responden menganggap kebutuhan agama sangat bermanfaat.

C. Kebutuhan Spiritual Psikologis

Tabel4. Distribusi Frekuensi Tingkat Kebutuhan Spiritual Psikologi Pasien Kanker Nasofaring di RSUP dr. Kariadi Semarang 2014 (n=42)

KEBUTUHAN SPIRITUAL PSIKOLOGIS	JUMLAH (N)	PROSENTASE (%)
Sama sekali tidak ingin dibantu	1	2,4
Tidak terlalu ingin dibantu	8	19,0
Cukup ingin dibantu	22	52,4
Sangat ingin dibantu	11	26,2
Total	42	100,0

Tabel 4 menunjukkan bahwa mayoritas responden menyatakan kebutuhan spiritual psikologis cukup butuh bantuan yaitu sejumlah 22 responden (52,4%) sedangkan responden yang menyatakan tidak butuh bantuan spiritual psikologis memiliki frekuensi terendah yaitu 1 responden (2,4%).

D. Kebutuhan Spiritual Rohani

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Tingkat Kebutuhan Spiritual Rohani Pasien Kanker Nasofaring di RSUP dr. Kariadi Semarang 2014 (n=42)

KEBUTUHAN SPIRITUAL ROHANI	JUMLAH (N)	PROSENTASE (%)
Sama sekali tidak ingin dibantu	0	0
Tidak terlalu ingin dibantu	1	2,4
Cukup ingin dibantu	28	66,7
Sangat ingindibantu	13	31,0
Total	42	100,0

Tabel 5 menunjukkan bahwa mayoritas responden menyatakan kebutuhan spiritual rohani cukup butuh bantuan yaitu sejumlah 28 responden (52,4%).

E. Kebutuhan Spiritual Agama

Tabel 6 Distribusi Frekuensi Tingkat Kebutuhan Spiritual Agama Pasien Kanker Nasofaring di RSUP dr. Kariadi Semarang 2014 (n=42)

KEBUTUHAN SPIRITUAL AGAMA	JUMLAH (N)	PROSENTASE (%)
Tidak bermanfaat sama sekali	0	0
Tidak terlalu bermanfaat	2	4,8
Cukup bermanfaat	19	45,2
Sangat bermanfaat	21	50,0

Tabel 6 menunjukkan bahwa mayoritas responden menyatakan kebutuhan spiritual agama sangat bermanfaat yaitu sejumlah 21 responden (50%).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan mayoritas responden memiliki jenis kelamin laki-laki dengan jumlah 28 responden (66,7%). Hal ini sesuai dengan prevalensi penderita kanker nasofaring mayoritas adalah laki-laki dengan perbandingan laki-laki dan wanita adalah 2:1 (Munir M, 2007).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada usia > 45 tahun dengan jumlah 22 responden (52,4%). Usia seseorang merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kebutuhan spiritual seseorang. Kelompok usia 45 tahun ke atas memasuki fase *universalizing* pada tahap pemenuhan kebutuhan spiritualnya. Periode perkembangan spiritual pada tahap ini digunakan untuk instropeksi dan mengkaji kembali dimensi spiritual (Hamid, 2000). Pada tahapan ini seseorang sudah berhasil melepaskan diri dari egonya dan

berpandangan bahwa ego adalah pusat, titik acuan, dan tolok ukur kehidupan yang mutlak. Seseorang telah hidup dalam dunia sebenarnya dan menemukan eksistensinya dalam kehidupan (Hawari, 2002).

Pasien yang memiliki usia lebih tua memiliki kualitas hidup, tingkat spiritual, agama, dan kesejahteraan spiritual yang lebih baik daripada yang lebih muda (Walace, 2002). Semakin tua usia seseorang, semakin dekat dirinya dengan Tuhan dan semakin tinggi pula tingkat spiritualitas orang tersebut. Hal ini sejalan dengan teori bahwa spiritualitas memiliki peranan penting terhadap kesehatan seseorang karena spiritualitas bekerja sebagai *buffer* atau mediator terhadap stres yang dapat meningkatkan kesehatan seseorang (Walace, 2002).

Spiritualitas tidak dapat dipisahkan dengan agama, meskipun keduanya berbeda. Mayoritas responden memeluk agama Islam dengan jumlah 40 responden (95,2%), sedangkan responden yang memeluk agama Kristen berjumlah 2 responden (4,8%). Agama dapat mempengaruhi seseorang yaitu dapat menuntun kebiasaan hidup sehari-hari, sebagai sumber dukungan pada saat stres, sumber kekuatan, dan penyembuhan (Hamid, 2000). Agama merupakan wujud manifestasi spiritual seseorang, tetapi agama bukan satu-satunya jalan spiritual seseorang (Dwidiyanti, 2008).

Spiritualitas dapat didiskripsikan sebagai sesuatu yang lebih luas dan lebih tajam daripada religiusitas. Sedangkan religiusitas berarti sistem kepercayaan yang terorganisir yang memuat cara dan keyakinan yang dapat menghubungkan seseorang dengan Tuhan Yang Maha Esa (Dwidiyanti, 2008). Spiritualitas dapat tumbuh pada seseorang yang menyadari dirinya sangat religius, cukup religius bahkan tidak religius sama sekali (Narayanasamy, 2007).

Responden terbanyak pada penelitian ini adalah kanker stadium III, yang merupakan stadium lanjut dari penyebaran kanker. Mayoritas responden menyatakan spiritual sangat penting yaitu sejumlah 28 responden, sedangkan 14 responden lainnya menyatakan kebutuhan spiritual cukup penting. Hasil ini menunjukkan bahwa di semua stadium penyakit kanker nasofaring kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan yang sangat penting. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Hasnani tentang spiritualitas dan kualitas hidup penderita kanker serviks didapatkan bahwa kebutuhan spiritual sangat penting dan dibutuhkan oleh pasien kanker karena spiritualitas dibutuhkan dalam menangani dan meningkatkan kualitas hidup (Hasnani, 2012).

Harapan untuk dapat sembuh dari kanker nasofaring terkait erat dengan stadium yang diderita pasien, semakin tinggi stadium yang diderita pasien, semakin tinggi pula resiko kematiannya (Firmansyah, 2012). Pasien kanker nasofaring pada stadium lanjut akan mengalami perasaan sedih dan berduka. Hal ini terjadi karena beragam hal antara lain adanya nyeri, perubahan fisik, rasa takut terhadap kematian, perubahan peran status, dan perubahan status ekonomi. Semakin tinggi stadium kanker, secara spiritual dapat mendorong pasien lebih membutuhkan aspek spiritual dalam rangka memperoleh dukungan dari Sang Pencipta sebagai kekuatan tertinggi (Hamid, 2000).

Pada penelitian ini mayoritas responden berada pada kategori pendidikan rendah, hal ini berdampak pada kemampuan pasien dalam menerima informasi tentang pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat kepada pasien mengenai proses pelaksanaan terapi. Selain itu,

rendahnya tingkat pendidikan responden dapat mempengaruhi penilaian responden tentang kondisi mereka yang selanjutnya kurang mengerti tentang pentingnya kebutuhan spiritual bagi proses penyembuhan. Pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat diperlukan untuk mengembangkan diri sehingga semakin tinggi pendidikan semakin mudah menerima dan mengembangkan pengetahuan. Tingkat pendidikan yang rendah bukan halangan untuk tidak terpenuhinya kebutuhan spiritual, karena pemenuhan kebutuhan spiritual dapat dicapai melalui hubungan interpersonal (Dwidiyanti, 2008).

Mayoritas responden pada penelitian ini berpendidikan rendah akan tetapi hasil dari penelitian ini mayoritas responden berpendapat bahwa kebutuhan spiritual adalah sangat penting. Hal ini membuktikan bahwa kebutuhan spiritual merupakan komponen dari spiritual yang sangat diperlukan semua orang. Kebutuhan spiritual adalah segala faktor yang berkaitan untuk menciptakan atau menjaga hubungan dengan Tuhan atau kekuatan tertinggi, makna dan tujuan hidup, saling menyayangi dengan orang lain, dan saling memaafkan (Dwidiyanti, 2008).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan yang sangat penting. Penelitian ini menunjukkan bahwa kebutuhan spiritual psikologis dikatakan sebagai kebutuhan cukup penting, kebutuhan spiritual rohani dikatakan cukup penting, dan kebutuhan spiritual agama dikatakan sangat bermanfaat. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan yang sangat unik sehingga tingkat kebutuhan spiritual masing-masing individu pun berbeda. Perawat diharapkan dapat mengkaji kebutuhan spiritual secara tepat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti memberikan apresiasi yang setinggi-tingginya kepada semua responden yang telah berpartisipasi serta RSUP Dr. Kariadi Semarang sebagai tempat pelaksanaan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Harsanto, E. (2010). *Pengalaman Pasien Kanker Payudara yang Menjalani Perawatan Di RSUP dr. Moh Hoesin Palembang*. Jurnal Keperawatan.
- Fitriana, NL. (2013). *Tingkat Kebutuhan Spiritual Wanita Dengan Kanker Serviks di RSUP dr. Kariadi Semarang*. Undip (Skripsi).
- Narayanansamy, A. (2007). "Palliative Care and Spirituality". *Indian Journal of Palliative Care* 13(2): 32-41.
- Hasnani, F. (2012). *Spiritualitas Dan Kualitas Hidup Penderita Kanker Serviks*. Jurnal Health Quality 3(2).
- Dwidiyanti, M (2008). *Keperawatan Dasar. Konsep Caring, Komunikasi, Etik dan Spiritual dalam Pelayanan Keperawatan*. Semarang: Hasani.
- Hamid, AYS. (2000). *Buku Ajar Aspek Spiritual dalam Keperawatan*. Jakarta: Widya Medika
- Munir, M. (2007). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga, Hidung, Tenggorok dan Kepala Leher*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hawari, D. (2002). *Dimensi Religi dalam Praktek Psikiatri dan Psikologi*. Jakarta: FKUI
- Wallace, KA. (2002). *Spirituality and Religiousity in a sample of African eldelrs: Alife story approach*. *Journal of Adult Development*, 9, 141-145.

KUALITAS HIDUP ANAK PENDERITA KANKER DENGAN KEMOTERAPI DI RSUP Dr. KARIADI DAN RSUD Dr. MOEWARDI

Hana Adilah ¹, Yuni Dwi Hastuti ²

¹Mahasiswa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email adilahhana@ymail.com)

²Staf Pengajar Departemen Keperawatan Dewasa, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email yudhaby45@gmail.com)

ABSTRAK

Kanker adalah penyakit yang dapat terjadi pada setiap rentang usia, mulai dari anak-anak sampai dengan lansia. Salah satu terapi yang sering digunakan oleh penderita kanker yaitu kemoterapi. Kanker dan efek samping kemoterapi erat hubungannya dengan perubahan kualitas hidup, mencakup keterbatasan fungsional bersifat fisik maupun mental, ekspresi positif kesejahteraan fisik, mental serta spiritual. Kualitas hidup anak memiliki empat domain yaitu fungsi fisik, emosi, sosial, dan sekolah. Tujuan penelitian ini adalah menggambarkan kualitas hidup anak penderita kanker dengan kemoterapi di RSUP Dr. Kariadi dan RSUD Dr. Moewardi.

Penelitian ini adalah deskriptif survei. Sampel diambil menggunakan teknik *consecutive sampling* dan didapatkan sampel sebanyak 93 responden yaitu anak dengan kanker yang menjalani kemoterapi berusia 5-12 tahun. Instrumen penelitian yang digunakan adalah Kuesioner Karakteristik Responden dan *Pediatrics Quality of Life 4.0 Generic Core Scale*.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden memiliki kualitas hidup normal pada domain emosi (66,7%), sosial (69,9%) dan sekolah (56,9%). Sebagian besar responden tidak merasa dijauhi, diejek atau bermasalah dengan temannya, hanya kadang-kadang merasa tidak dapat melakukan kegiatan yang dilakukan teman-temannya. Namun, sebagian besar responden memiliki resiko pada domain fungsi fisik (52,7%) terutama sulit berlari, mengangkat benda berat, berolahraga, kadang merasa sakit dan sedikit tenaga. Saran asuhan keperawatan kelemahan fisik dan inisiasi grup untuk anak yang menderita kanker dengan kemoterapi sebagai sarana untuk bertukar informasi maupun untuk memberi dukungan satu sama lain.

Kata Kunci : Kualitas Hidup, Kanker Anak, Kemoterapi

PENDAHULUAN

Kanker merupakan penyakit yang ditandai oleh pertumbuhan sel yang tidak memiliki tujuan, bersifat parasit dan tumbuh dengan merugikan manusia sebagai penjamu (Brooker, 2008). Kanker yang terjadi pada anak-anak berpangkal pada jaringan embrional yang belum matang (Jong, 2005). Salah satu terapi yang sering digunakan oleh penderita kanker yaitu kemoterapi. Kemoterapi mempunyai efek samping terhadap kondisi fisik, emosi, dan sosial pasien.

Kanker dan efek samping terapisnya sering berhubungan dengan penurunan kualitas hidup (Huijjer, Sagherian, & Tamim, 2013). Kualitas hidup erat kaitannya dengan kesehatan yang mencakup keterbatasan fungsional bersifat fisik maupun mental, ekspresi terhadap

kesejahteraan fisik, mental serta spiritual (Gibney, Margetts, Kearney, & Arab, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Enskar von Essen menunjukkan bahwa pada umumnya anak yang sedang menjalani kemoterapi menunjukkan distres psikososial yang dapat mempengaruhi kepuasan anak dalam berpartisipasi dalam kehidupan sosialnya (Enskar & von Essen, 2008).

World Health Organization (WHO) menyebutkan kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, dan standart masing-masing individu. Selain itu kualitas hidup juga dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan kondisi tubuh. Kondisi tubuh baik secara fisik maupun psikologis dapat mempengaruhi kualitas hidup (Power, 2004).

Penelitian oleh Heydarnejad et al mengenai kualitas hidup penderita kanker pasca kemoterapi pada 200 pasien kanker, menunjukkan sebanyak 22 (11%) pasien tingkat kualitas hidupnya baik, 132 (66%) pasien tingkat kualitas hidupnya sedang, dan 46 (23%) pasien tingkat kualitas hidupnya buruk (Heydarnejad, Hassanpour, & Solati, 2011). Penelitian lain oleh Landolt M et al yang meneliti tentang kualitas hidup anak yang didiagnosa kanker, melaporkan bahwa semakin intensif terapi yang didapatkan akan semakin berpengaruh negatif terhadap kualitas hidup anak. Terapi yang diberikan secara intensif akan mempengaruhi fisik, fungsi motorik serta emosi yang menjadi pemicu terjadinya penurunan kualitas hidup (Landolt, Vollrath, Niggli, Gnehm, & Sennhauser, 2006).

Hasil wawancara serta studi pendahuluan didapatkan bahwa terdapat perbedaan kondisi fisik, emosi, dan sosial pada anak penderita kanker yang menjalani kemoterapi. Kemoterapi menimbulkan efek samping terhadap tubuh yang akan berdampak pada emosinya. Selain itu, kemoterapi lebih banyak dilakukan di rumah sakit sehingga menyebabkan anak sering izin untuk meninggalkan sekolah serta berkurangnya intensitas bermain dan berinteraksi bersama teman-temannya di sekolah.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif survei. Populasi pada penelitian ini adalah pasien anak penderita kanker yang menjalani kemoterapi di RSUP Dr. Kariadi dan RSUD Dr. Moewardi. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah anak dengan kanker yang menjalani kemoterapi usia 5-12 tahun, didampingi oleh orang tua atau wali, dan telah mengikuti pendidikan minimal Taman Kanak-kanak (TK). Sedangkan kriteria eksklusi yaitu apabila anak dalam perawatan intensif. Sampel penelitian ini sebanyak 93 pasien dengan menggunakan teknik consecutive sampling. Alat ukur penelitian menggunakan kuesioner karakteristik responden dan PedsQL 4.0 Generic Core Scale.

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 1 Juli – 7 Agustus 2015 di di RSUP Dr. Kariadi dan RSUD Dr. Moewardi. Lembar permohonan dan persetujuan diberikan kepada orang tua atau wali pasien untuk ditandatangani apabila orang tua atau wali mengizinkan anak untuk menjadi responden penelitian. Data yang telah terkumpul selanjutnya diolah menggunakan komputer.

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Karakteristik Responden di RSUP Dr. Kariadi dan RSUD Dr. Moewardi

Karakteristik Responden		Frekuensi (f)	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-Laki	53	57.0
	Perempuan	40	43.0
Usia	Usia 5-7 tahun	36	38.7
	Usia 8-12 tahun	57	61.3
Status	< UMR Kota	27	29.0
Ekonomi	Semarang/Surakarta	66	71.0
	\geq UMR Kota Semarang/Surakarta		
Jumlah	0-20 kali	51	54.8
Kemoterapi	21-40 kali	14	15.1
	41-60 kali	14	15.1
	61-80 kali	7	7.5
	81-100 kali	4	4.3
	>100 kali	3	3.2
Lama	1-5 bulan	38	40.9
Kemoterapi	6-10 bulan	12	12.9
	11-15 bulan	14	15.1
	16-20 bulan	14	15.1
	21-25 bulan	11	11.8
	>25 bulan	4	4.3

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah responden anak yang menjalani kemoterapi paling banyak adalah laki-laki (57%). Sebagian besar responden berusia 8-12 tahun (61,3%) dan memiliki status ekonomi \geq UMR Kota Semarang/Surakarta (71%). Jumlah kemoterapi yang telah dilakukan responden paling banyak berkisar antara 0-20 kali (54.8%). Sedangkan lama kemoterapi yang paling banyak dialami responden yaitu 1-5 bulan (40.9%).

B. Kualitas Hidup

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Responden di RSUP Dr. Kariadi dan RSUD Dr. Moewardi

Kualitas Hidup	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Normal	51	54.8
Beresiko	42	45.2

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang menjalani kemoterapi memiliki kualitas hidup normal (54,8%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Berdasarkan Domain di RSUP Dr. Kariadi dan RSUD Dr. Moewardi

Domain Kualitas Hidup	Kualitas Hidup					
	Normal		Beresiko		Total	
	f	%	f	%	f	%
Fungsi Fisik	44	47.3	49	52.7	93	100
Fungsi Emosi	62	66.7	31	33.3	93	100
Fungsi Sosial	65	69.9	28	30.1	93	100
Fungsi Sekolah	53	56.9	40	43.1	93	100

Hasil penelitian pada tabel 6 diketahui bahwa sebagian besar responden yang menjalani kemoterapi memiliki kualitas hidup normal sebanyak 51 (54,8%) responden.

C. Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Responden

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Responden Berdasarkan Karakteristik Responden di RSUP Dr. Kariadi dan RSUD Dr. Moewardi

Karakteristik Responden		Kualitas Hidup				Total	
		Normal		Beresiko		Total	
		f	%	f	%	f	%
Jenis	Laki-Laki	43	81.13	10	18.87	53	100
Kelamin	Perempuan	29	72.5	11	27.5	40	100
Usia	5-7 tahun	30	83.33	6	16.67	36	100
	8-12 tahun	42	73.68	15	26.32	57	100
Status	< UMR Kota	11	40.74	16	59.26	27	100
Ekonomi	Semarang/ Surakarta	61	92.42	5	7.58	66	100
	≥ UMR Kota Semarang/ Surakarta						
Jumlah	0-20 kali	31	60.78	20	39.22	51	100
Kemoterapi	21-40 kali	14	100	0	0	14	100
	41-60 kali	13	92.85	1	7.15	14	100
	61-80 kali	7	100	0	0	7	100
	81-100 kali	4	100	0	0	4	100
	>100 kali	3	100	0	0	3	100
Lama	1-5 bulan	19	50	19	50	38	100
Kemoterapi	6-10 bulan	11	91.67	1	8.33	12	100
	11-15 bulan	13	92.85	1	7.15	14	100
	16-20 bulan	14	100	0	0	14	100
	21-25 bulan	11	100	0	0	11	100
	>25 bulan	4	100	0	0	4	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mempunyai kualitas hidup beresiko berdasarkan karakteristik responden lebih banyak dimiliki oleh responden berjenis kelamin perempuan, responden usia 8-12 tahun, memiliki status ekonomi kurang dari UMR, telah melakukan kemoterapi sebanyak 0-20 kali, dan telah menjalani kemoterapi selama 1-5 bulan, dengan presentasi yang lebih besar dari yang lain

PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah responden laki-laki lebih banyak dibandingkan jumlah responden perempuan dengan selisih sebanyak 13 responden, dengan jumlah responden laki-laki sebanyak 53 responden (57,0%) dan responden perempuan sebanyak 40 responden (43,0%). Jenis kelamin merupakan salah satu faktor resiko terjadinya kanker. Secara umum, proporsi laki-laki lebih beresiko menderita kanker dibandingkan dengan perempuan (Ali, 2010).

Jumlah responden usia 8-12 tahun lebih banyak (61,3%) dibandingkan dengan responden yang berusia 5-7 tahun (38,7%). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinontoan et al menunjukkan bahwa insiden ALL terbanyak terdapat pada usia kurang dari 13 tahun, puncak insiden ialah pada usia delapan tahun (Pinontoan et al, 2012).

Responden yang memiliki status ekonomi \geq UMR Kota Semarang/Surakarta lebih banyak bila dibandingkan dengan responden yang memiliki status ekonomi $<$ UMR Kota Semarang/Surakarta. Faktor ekonomi kadang-kadang memberikan efek yang merugikan bagi kesehatan misalnya dalam hal peningkatan status kesehatan dan pencegahan penyakit (Hockenberry & Wilson, 2009).

Jumlah kemoterapi yang telah dilakukan responden paling banyak berkisar antara 0-20 kali. Banyaknya jumlah kemoterapi yang harus dijalani responden bergantung pada jenis kanker yang diderita (Dosen, 2013).

Lama kemoterapi yang paling banyak dialami responden yaitu 1-5 bulan (40,9%). Waktu pemberian kemoterapi ditentukan diantaranya yaitu tipe keganasan, obat-obatan yang digunakan, dan respon terhadap obat kemoterapi. Masa istirahat pemberian obat diperlukan untuk memberikan kesempatan pada sel-sel normal untuk beregenerasi (Grunberg, 2004).

B. Kualitas Hidup

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar anak penderita kanker yang menjalani kemoterapi di RSUP Dr. Kariadi dan RSUD Dr. Moewardi memiliki kualitas hidup yang normal (54,8%). Namun masih terdapat 45,2% responden yang memiliki kualitas hidup beresiko. Perbedaan nilai kualitas hidup pada responden dapat disebabkan karena masing-masing individu mempunyai persepsi berbeda-beda yang dipengaruhi oleh beberapa hal. Konsep kualitas hidup menurut Moons, Marquet, Budst, dan de Geest yang menyebutkan hal-hal penting dalam kualitas hidup yaitu kualitas hidup tidak boleh

disamakan dengan status kesehatan ataupun kemampuan fungsional (Moons et al, 2004). Selain adanya perbedaan persepsi individu, banyaknya responden yang memiliki kualitas hidup normal juga dipengaruhi oleh fungsi sosialnya. Hal tersebut ditunjukkan oleh domain fungsi sosial responden memiliki nilai yang paling tinggi dibandingkan dengan domain kualitas hidup yang lain. Dukungan sosial yang didapat oleh individu dapat meningkatkan atau menurunkan kualitas hidup seseorang.

Kualitas hidup anak penderita kanker terbagi menjadi 4 domain kualitas hidup yang meliputi fungsi fisik, fungsi emosi, fungsi sosial, dan fungsi sekolah. Berdasarkan analisa hasil penelitian domain fungsi fisik memiliki jumlah kualitas hidup beresiko paling banyak dibandingkan dengan domain kualitas hidup yang lain. Hal ini menunjukkan bahwa domain fungsi fisik paling banyak mengalami gangguan daripada domain lainnya. Pada domain fungsi fisik gejala yang paling sering dialami adalah memiliki sedikit tenaga dan yang paling jarang adalah sulit untuk berjalan. Jen Heng Pek yang melaporkan bahwa pasien dengan solid malignancy memiliki fungsi fisik yang lebih buruk. Fungsi fisik yang lebih buruk tercermin dari toleransi usaha/kegiatan, kemampuan untuk melakukan olahraga, dan melakukan pekerjaan rumah serta aktivitas keseharian lainnya (Pek et al., 2010). Penelitian oleh Rajapakse menyatakan kemoterapi merupakan salah satu faktor yang menyebabkan kelelahan fisik pada anak dan remaja yang menderita kanker (Rajapakse, 2009).

Hasil penelitian kualitas hidup pada domain fungsi emosi menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki kualitas hidup normal dengan jumlah responden sebanyak 62 (66.7%) responden. Sebagian besar responden kadang-kadang merasa sedih dan khawatir. Myers, dalam Kahneman, Diener, & Schwarz mengatakan bahwa pada saat kebutuhan akan hubungan dekat dengan orang lain terpenuhi seperti hubungan pertemanan yang saling mendukung manusia akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik baik secara fisik maupun emosional (Kahneman et al, 1999).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa domain fungsi sosial memiliki jumlah kualitas hidup normal paling banyak dibandingkan dengan domain kualitas hidup yang lain. Hal ini menunjukkan bahwa domain fungsi sosial paling sedikit mengalami gangguan daripada domain lainnya. Masalah yang paling banyak dialami responden yaitu sebagian besar responden menyatakan bahwa responden kadang-kadang merasa tidak dapat melakukan kegiatan yang dilakukan teman-temannya. Namun, meskipun sosialisasi dengan teman-temannya di sekolah terganggu, anak masih sering berinteraksi dengan anak-anak lain yang juga menjalani kemoterapi di rumah sakit. Penelitian lain oleh Noghani et al menyebutkan bahwa faktor hubungan dengan orang lain memiliki kontribusi yang cukup besar dalam menjelaskan kualitas hidup subjektif (Noghani et al, 2007). Hal tersebut dapat menyebabkan tingginya jumlah kualitas hidup normal pada domain fungsi sosial.

Hasil penelitian kualitas hidup pada fungsi sekolah yaitu sebagian besar memiliki kualitas hidup normal dengan jumlah responden sebanyak 53 (56.9%) responden. Sebagian besar sering tidak masuk sekolah dikarenakan tidak enak badan dan harus pergi ke dokter atau rumah sakit. Penelitian yang dilakukan Jen Heng Pek menunjukkan bahwa anak dengan malignansi hematologi atau kanker darah lebih sering tidak menghadiri

sekolah. Masa absen panjang tanpa disertai pendidikan pendukung dirumah atau tempat lain, dapat menyebabkan anak tertinggal dalam fungsi sekolah jika dibandingkan dengan anak lain (Pek et al., 2010)

C. Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Responden

Perbandingan jenis kelamin responden laki-laki lebih banyak dari responden perempuan yaitu 53:40 responden. Namun responden perempuan memiliki kualitas hidup yang beresiko lebih banyak. Perempuan cenderung memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi yang mempengaruhi perubahan pada kualitas hidupnya (Gotay & Muraoka, 1998).

Rata-rata usia responden anak yang menjalani kemoterapi yaitu 8 tahun dengan rentang usia 5-7 tahun. Penelitian ini menunjukkan bahwa responden dengan usia 8-12 tahun memiliki kualitas hidup beresiko lebih banyak yaitu sebanyak 15 (26.32%) responden. Sesuai dengan teori perkembangan psikososial oleh Erikson, anak dengan usia sekolah memiliki dunia sosial yang meluas dari dunia keluarga, anak bergaul dengan teman sebaya, guru dan orang lain. Anak usia sekolah lebih tertarik dan mengutamakan interaksi sosial dengan teman sebaya dibandingkan dengan anak pada tahap usia bermain (Jess & Gregory, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki status ekonomi < UMR Kota Semarang/Surakarta memiliki kualitas hidup beresiko lebih banyak bila dibandingkan dengan responden yang memiliki status ekonomi \geq UMR Kota Semarang/Surakarta. Gabriel dan Bowling menyebutkan bahwa penghasilan dapat mempengaruhi kesejahteraan keluarga terkait dengan pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (Gabriel & Bowling, 2004).

Responden dengan jumlah kemoterapi 0-20 kali memiliki kualitas hidup beresiko terbanyak yaitu 20 (39.22%) responden dan responden yang memiliki kualitas hidup beresiko dengan jumlah kemoterapi sebanyak 41-60 kali hanya 1 (7.15%) responden. Menurut Karen dalam penelitiannya, bahwa awal kemoterapi memiliki korelasi yang negatif dengan kualitas hidup (Kuhlthau, 2012).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat responden yang menjalani kemoterapi selama 31 bulan (2 tahun, 7 bulan) dan memiliki kualitas hidup normal. Kualitas hidup beresiko paling banyak terdapat pada responden yang telah menjalani kemoterapi selama 1-5 bulan. Responden yang melewati masa sulit saat awal didiagnosa kanker umumnya belum dapat menyesuaikan diri dengan penyakit yang dialami pasien ditambah lagi dengan keluhan-keluhan yang muncul dari efek samping pemberian pengobatan kemoterapi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Simpulan dari penelitian ini adalah Responden anak yang menjalani kemoterapi sebagian besar berusia 8-12 tahun. Jumlah responden anak yang menjalani kemoterapi paling banyak adalah laki-laki dan memiliki status ekonomi lebih dari atau sama dengan UMR Kota Semarang/Surakarta. Jumlah kemoterapi yang telah dilakukan responden sebagian besar berkisar antara 0-20 kali. Sedangkan lama kemoterapi yang paling banyak dialami responden

yaitu selama 1-5 bulan. Sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang normal. Jumlah kualitas hidup beresiko terbanyak yaitu pada domain fungsi fisik dan jumlah kualitas hidup normal terbanyak terdapat pada domain fungsi sosial. Responden, yang memiliki kualitas hidup beresiko lebih banyak dimiliki oleh responden berjenis kelamin perempuan, responden usia 8-12 tahun, memiliki status ekonomi < UMR, telah melakukan kemoterapi sebanyak 0-20 kali, dan telah menjalani kemoterapi selama 1-5 bulan.

Adapun saran yang bisa diajukan adalah diharapkan perawat yang dapat mengurangi manifestasi kanker maupun efek samping dari kemoterapi untuk meningkatkan fungsi fisik. Bagi Rumah Sakit sebaiknya membentuk suatu group khusus bagi pasien anak yang menderita kanker serta menambah sarana untuk belajar dan bermain selama pasien berada di rumah sakit.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada pasien kanker anak yang menjalani kemoterapi di RSUP Dr. Kariadi dan RSUD Dr. Moewardi yang telah berpartisipasi menjadi responden penelitian. Terima kasih juga kepada dosen pembimbing dan dosen penguji yang telah memberikan evaluasi dan saran yang membangun, serta keluarga dan sahabat yang terus mendukung dan memotivasi peneliti.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, K. (2010). Yogyakarta pediatric cancer registry : An international Collaborative project of University Gajah Mada, University of Saskatchewan, and the Saskatchewan Cancer Agency. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, (11), 131–136.
- Brooker, C. (2008). *Ensiklopedia keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Dosen, W. (Ed.). (2013). *Buku ajar onkologi, edisi 2* (2nd ed.). Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Enskar, K., & von Essen, L. (2008). Physical problems and psychosocial function in children with cancer. *Pediatric Nursing*, 3(23), 37–41.
- Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). *A quality of life from perspectives of older people*. Cambridge University Press.
- Gibney, M. J., Margetts, B. M., Kearney, J. M., & Arab, L. (2009). *Public health nutrition*. Jakarta: EGC.
- Gotay, C. C., & Muraoka, M. Y. (1998). Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 90(9), 656–667.
- Grunberg, S. M. (2004). Chemotherapy induced nausea vomiting: prevention, detection and treatment - how are we doing? *The Journal of Supportive Oncology*, 2 (1), 1–12.
- Heydarnejad, M., Hassanpour, D. A., & Solati, D. K. (2011). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African Health Sciences*, 11(2), 266–270. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158510/>
- Hockenberry, M. ., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.

- Huijjer, H. A.-S., Sagherian, K., & Tamim, H. (2013). Quality of life and symptom prevalence as reported by children with cancer in Lebanon. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 704–710. Retrieved from www.elsevier.com/locate/ejon
- Jess, F., & Gregory, J. (2010). *Teori Kepribadian*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Jong, W. de. (2005). *Kanker, apakah itu? pengobatan, harapan hidup, dan dukungan keluarga*. Jakarta: Arcan.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage Foundation.
- Kuhlthau, K. A. (2012). Prospective study of health-related quality of life for children with brain tumors treated with proton radiotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 30(17), 2079–2086.
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Niggli, F. K., Gnehm, H. E., & Sennhauser, F. H. (2006). Health-related quality of life in children with newly diagnosed cancer: a one year follow-up study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 63. doi:10.1186/1477-7525-4-63
- Moons, P., Marquet, K., Budts, W., & De Geest, S. (2004). Validity, reliability, and responsiveness of the “Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting” (SEIQoL-DW) in congenital heart disease. *Health and Quality of Life Outcomes*.
- Noghani, M., Asgharpur, A., Safa, S., & Kermani, M. (2007). *Quality of life in social capital in Mashhad city in Iran*. Ferdowsi University of Mashhad, Iran.
- Pek, J. H., Chan, Y.-H., Yeoh, A. E., Quah, T. C., Tan, P. L., & Aung, L. (2010). Health-related quality of life in children with cancer undergoing treatment : A first look at the Singapore experience. *Annals Academy of Medicine*, 39(1), 43–48.
- Pinontoan, E., Mantik, M., & Rampengan, N. (2012). Pengaruh kemoterapi terhadap profil hematologi pada penderita leukemia limfoblastik akut. *Ilmu Kesehatan Anak FK UNSRAT Manado*.
- Power, M. (2004). *Anatoly nosikov dan claire gudex : development of a common instrument for quaiity of life* (pp. 145–159). Amsterdam: IOS Press.
- Rajapakse, D. (2009). Symptom management during chemotherapy. *Pediatrics and Child Helath*, 20(3), 129–134.

Poster Presenter

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

4th Adult Nursing in Practice: Using Evidence in Care

**“INTEGRASI MULTIPROFESIONAL DALAM *END OF LIFE CARE*:
TEORI DAN PRAKTIK**

PENGARUH SENAM KAKI DIABETIK TERHADAP SENSITIVITAS KAKI PASIEN DIABETES MELITUS

Mugi Hartoyo, MN¹; Iis Sriningsih, SST, MKes²; Aris Widodo, SST.³

1 dan 2: Dosen pada Jurusan Keperawatan, Poltekkes. Kemenkes. Semarang.

3: Praktisi Puskesmas Cepu, Kabupaten Blora.

Email: hartoyo.mugi@yahoo.com

ABSTRAK

Latar belakang. Jumlah penderita Diabetes Melitus (DM) di dunia diperkirakan akan menjadi 592 juta pada tahun 2035. WHO memprediksi jumlah pasien DM di Indonesia sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Diabetes Melitus dapat menimbulkan *diabetic foot*, dan sekitar 60,3% pasien DM mengalami neuropati sensorik yang menyebabkan gangguan sensasi rasa getar, rasa sakit, rasa kram, kesemutan, rasa baal, rangsang termal, dan hilangnya refleks tendo pada kaki yang dapat mengganggu mekanisme proteksi kaki. Komplikasi tersebut apabila tidak dirawat dengan baik beresiko menimbulkan ulkus kaki (*neuropathic foot ulcer*) dan juga infeksi pada tulang (*osteomyelitis*). Perawatan kaki merupakan upaya pencegahan primer terjadinya luka pada kaki diabetes, yaitu dengan melakukan senam kaki diabetes. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh senam kaki diabetik terhadap sensitivitas kaki pasien DM yang menjalani rawat inap di RSUD. Dr. R. Soeprapto Cepu.

Metode. Penelitian ini melibatkan 24 pasien DM yang terdiri dari 10 laki-laki dan 14 perempuan, yang ditetapkan berdasarkan purposif sampling. Desain penelitian yang dipakai adalah quasi eksperimen dengan metode *one group pre-post test design*. Responden dilakukan pengukuran sensitivitas kaki, kemudian melakukan senam kaki diabetik 1 kali setiap hari selama 7 hari, dan diukur ulang tingkat sensitivitas kaki responden setelah senam kaki yang terakhir.

Hasil. Rata-rata skor sensitivitas kaki sebelum dilakukan senam diabetik adalah 1,46 dan rata-rata setelah senam kaki diabetik sebesar 2,17. Hasil uji analisis menggunakan *Wilcoxon* menunjukkan ada pengaruh yang signifikan senam kaki diabetik terhadap peningkatan sensitivitas kaki pada pasien DM di RSUD Dr. R Soeprapto Cepu (*p value* 0,000).

Kesimpulan. Hasil penelitian dapat dijadikan bukti ilmiah bahwa senam kaki dapat dipertimbangkan sebagai salah satu tindakan keperawatan mandiri untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pasien DM. Direkomendasikan kepada pasien DM untuk rutin melakukan senam kaki agar sensitivitas kaki meningkat dan dapat mencegah komplikasi *neuropathic foot ulcer*.

Kata kunci: diabetes melitus, senam kaki diabetik, sensitivitas kaki.

PENDAHULUAN

International Diabetes Federation (IDF) menyebutkan jumlah pasien DM di dunia pada tahun 2013 mencapai 382 juta jiwa, dan diperkirakan akan meningkat menjadi 592 juta pada tahun 2035 (IDF Diabetes Atlas, 2013). Indonesia berada pada peringkat keempat dengan jumlah pasien DM terbanyak di dunia, setelah China, India dan Amerika Serikat

(Persatuan Endokrinologi Indonesia [PERKENI], 2011). WHO memprediksi kenaikan jumlah pasien DM di Indonesia sekitar 21,3 juta pada tahun 2030 (PERKENI, 2011). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007, provinsi Jawa Tengah menduduki peringkat keempat dengan prevalensi jumlah pasien DM sekitar 13 %. Di RSUD Dr R Soeprapto Cepu berdasarkan laporan Rekam Medik tahun 2012, prevalensi DM tiap bulannya rata-rata mencapai 1,3 %, dan 46,4 % mempunyai riwayat neuropati diabetik.

Sekitar 60,3% pasien DM mengalami komplikasi neuropati sensorik atau kerusakan serabut saraf sensorik (Subekti, 2006) dan sebanyak 15 % mengalami *diabetic foot* (Waspadji, 2006). Kerusakan serabut saraf sensorik akan menyebabkan gangguan sensasi rasa getar, rasa sakit, rasa kram, kesemutan, rasa baal, rangsang termal, dan hilangnya refleks tendo pada kaki sehingga akan menyebabkan gangguan mekanisme proteksi pada kaki (Subekti, 2006). Komplikasi neuropati DM apabila tidak diobati dengan baik, sangat beresiko mengakibatkan ulkus kaki atau *neuropathic foot ulcer* dan juga infeksi yang menjalar ke tulang (*osteomyelitis*) sehingga memerlukan tindakan amputasi (Tandra, 2007).

Tindakan untuk mengatasi masalah neuropati pasien DM dibagi dalam tiga bagian yaitu penyuluhan, pengobatan nyeri dan perawatan kaki (Subekti, 2006). Salah satu tindakan yang dilakukan dalam perawatan kaki adalah dengan senam kaki diabetes (Misnadiarly, 2006). Manfaat senam kaki dapat membantu memperbaiki sirkulasi darah di kaki, meningkatkan kekuatan otot, dan meningkatkan sensitivitas kaki pada pasien DM (Misnadiarly, 2006; Andarwanti, 2009). Pasien DM yang tidak melakukan perawatan kaki memiliki risiko 13 kali lebih besar terjadinya ulkus diabetik dibandingkan dengan yang melakukan perawatan kaki secara teratur (Sihombing, 2012).

Di Rumah Sakit Umum Dr. R. Soeprapto Cepu penatalaksanaan perawatan kaki dengan senam kaki diabetik belum mendapat perhatian khusus dan jarang dilakukan. Hal inilah yang melatarbelakangi peneliti untuk melakukan penelitian tentang manfaat senam kaki diabetik dalam meningkatkan sensitivitas kaki pada pasien DM. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh senam kaki diabetik terhadap sensitivitas kaki pasien DM yang menjalani rawat inap di RSUD. DR. R. Soeprapto Cepu.

TINJAUAN PUSTAKA

1. Kaki Diabetik dan Perawatan Kaki Diabetik.

Kaki diabetik adalah kelainan pada tungkai bawah yang merupakan komplikasi kronik DM, dengan tanda dan gejala sering kesemutan (*asimptomatis*), jarak tampak menjadi lebih pendek (klaudilasio intermiten), nyeri saat istirahat, dan kerusakan jaringan (nekrosis, ulkus) (Waspadji, 2006). Kaki diabetik disebabkan oleh adanya kelainan pembuluh darah, kelainan saraf (neuropati) dan adanya infeksi (Misnadiarly, 2006). Bila mengenai saraf sensori ditandai dengan perasaan baal (*parestesia*), kurang beres (hipestesia), terutama ujung ibu jari kaki terhadap rasa panas, dingin dan sakit, kadang disertai pegal dan nyeri (Tambunan, 2007).

Perawatan kaki diabetik dapat dilakukan dengan menghindari kaki kontak langsung dengan benda-benda tajam atau air panas, gunakan alas kaki lembut dan lunak, gunakan pelembab untuk menjaga kelembaban kulit, bila menggigit kuku jangan

terlalu pendek, kontrol gula darah dan lakukan senam kaki secara teratur (Sutedjo, 2010). Senam kaki diabetik merupakan latihan yang dipilih dan dikonstruksi dengan sengaja, dengan tujuan meningkatkan kesegaran jasmani (Nenggala, 2007), melancarkan sirkulasi darah di bagian kaki (Misnadiarly, 2006), memperkuat otot-otot kecil kaki, mencegah kelainan bentuk kaki, dan mengatasi keterbatasan gerak sendi (Nasution, 2010). Senam kaki diabetik dapat dilakukan sejak pasien didiagnosa menderita DM (Misnadiarly, 2006).

2. Sensitivitas Kaki Pada Diabetes Melitus

Neuropati akan menghambat signal, rangsangan atau terputusnya komunikasi dalam tubuh yang menyebabkan insensitivitas atau hilangnya kemampuan untuk merasakan (Tambunan, 2007). Proses terjadinya neuropati diabetik berawal dari hiperglikemia yang tidak terkontrol dan aktivasi *polyol* (alkohol yang mempunyai 2 gugus hidroksil) (Subekti, 2006). Hiperglikemia menyebabkan penumpukan kadar glukosa pada sel dan jaringan tertentu serta dapat menstansport glukosa tanpa insulin (Misnadiarly, 2006). Glukosa yang berlebihan ini tidak akan termetabolisasi secara normal melalui glikolisis namun sebagian akan dikonversi ke sorbitol dengan perantara enzim aldose reduktase, selanjutnya oleh sorbitol dehidrogenase dimetabolisme menjadi fruktosa dan berakumulasi pada sel saraf (Taylor, Lilis, & Lemone, 2005). Akumulasi intraseluler ini menyebabkan perubahan konduksi impuls saraf (Smeltzer & Bare, 2002). Disfungsi saraf ini menyebabkan gangguan pada saraf sensorik, motorik maupun otonom. Saraf sensori melibatkan serabut saraf kecil untuk merasakan nyeri dan sensasi suhu, sedangkan serabut saraf besar digunakan dalam manajemen ambang reduksi persepsi vibrasi dan sensasi sentuhan (Smeltzer & Bare, 2002).

3. Hubungan Senam Kaki Diabetik Dengan Sensitivitas Kaki

Efek fisiologis senam kaki diabetik yang dilakukan secara rutin akan mencapai efek mekanis dan reflek yang terjadi secara simultan (Taylor, Lilis, & Lemone, 2005). Efek mekanis langsung pada otot atau jaringan yang dilakukan senam kaki diabetik yaitu menstimulasi sirkulasi darah, otot menjadi lebih lembut dan fleksibel. Lancarnya peredaran darah, memungkinkan darah mengantar lebih banyak oksigen dan nutrisi ke sel-sel saraf. Peningkatan sirkulasi darah perifer dapat meningkatkan sensitivitas kaki (Mangoenprasodjio & Hidayati, 2005).

Menurut Nasution (2010) terdapat perbedaan sirkulasi darah sebelum dan sesudah dilakukan senam kaki. Endriyanto (2012) dalam penelitiannya mendapatkan setelah diberikan perlakuan senam kaki DM dengan koran selama 7 hari berturut-turut, pada kelompok eksperimen terjadi peningkatan sensitivitas kaki yang signifikan ($p < 0.05$) dan rata-rata peningkatan sensitivitas sebesar 4.85, dibandingkan kelompok kontrol sebesar 3.56.

METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quasi Experiment One Group Pre-test and Post-test*. Sebelum dan setelah intervensi senam kaki diabetik, yang dilakukan satu kali sehari selama tujuh hari, dilakukan pengukuran sensitivitas kaki pasien DM. Sampel penelitian ditentukan dengan teknik *purposive sampling* dan diperoleh 24 responden

DM yang mengalami neuropati di ruang Dahlia dan Wijaya Kusuma Kusuma RSUD Dr. R. Soeprapto Cepu dari tanggal 13 Januari 2013 sampai dengan 16 Pebruari 2014. Alat yang digunakan untuk pengumpulan data terdiri dari kapas, sikat karet, jarum, alat tulis, kuesioner yang terdiri dari pertanyaan tentang karakteristik responden, dan lembar observasi untuk mencatat hasil pengukuran sensitivitas kaki. Analisis data menggunakan uji *Wilcoxon* untuk mengetahui pengaruh senam kaki diabetik terhadap sensitivitas kaki.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi responden berdasarkan karakteristik di RSUD Dr. R. Soeprapto Cepu tahun 2014 (N=24).

	Karakteristik	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
Umur	< 35 tahun	2	8,3
	35 - 45 tahun	5	20,8
	45 - 55 tahun	12	50,0
	> 55 tahun	5	20,8
Jenis Kelamin	Laki-laki	10	41,7
	Perempuan	14	58,3
Pendidikan	SD	13	54,2
	SMP	5	20,8
	SMA	6	25,0
Pekerjaan	PNS/TNI/POLRI	2	8,3
	Swasta	3	12,5
	Petani	9	37,5
	Lain-lain	10	41,7

Tabel 1 menunjukkan sebagian besar responden berumur 45-55 tahun sejumlah 12 (50%) orang. Smeltzer dan Bare (2002) menyatakan bahwa peningkatan resiko diabetes terjadi pada usia lebih dari 40 tahun, disebabkan pada usia tersebut mulai terjadi peningkatan intoleransi glukosa. Proses penuaan menyebabkan berkurangnya kemampuan sel β pankreas dalam memproduksi insulin, dan menurunkan kemampuan untuk memetabolisme glukosa (Price & Wilson, 2005).

Jenis kelamin perempuan lebih banyak daripada laki-laki yaitu sebanyak 14 (58,3%) responden. Menurut Sudoyo (2006), kejadian DM lebih tinggi pada wanita dibanding pria. Hal ini disebabkan oleh penurunan hormon estrogen dan progesteron akibat menopause. Estrogen pada dasarnya berfungsi untuk menjaga keseimbangan kadar gula darah dan meningkatkan penyimpanan lemak, serta progesteron berfungsi untuk menormalkan kadar gula darah dan membantu menggunakan lemak sebagai energi (Taylor, Lilis, & Lemone, 2005).

Berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar responden berpendidikan SD yaitu 13 (54,2%) orang. Tingkat pendidikan memiliki kaitan dengan gaya hidup dan sosial budaya, yang mungkin berpengaruh terhadap kebiasaan hidup seseorang. Tingkat

pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan dan pengetahuan seseorang dalam menerapkan perilaku hidup sehat, terutama mencegah kejadian diabetes melitus. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pula kemampuan seseorang dalam menjaga pola hidupnya agar tetap sehat (Riyadi, 2004).

Tabel 1 juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden bekerja sebagai ibu rumah tangga, pedagang, dan tidak bekerja (lain-lain) yaitu sebanyak 10 (41,7%) orang. Aktifitas fisik yang dilakukan oleh responden yang tidak bekerja kemungkinan besar lebih sedikit dibanding orang yang memiliki aktivitas pekerjaan di luar rumah. Misnadiarly (2006) berpendapat bahwa aktivitas fisik dapat meningkatkan sensitivitas insulin dan memiliki efek langsung terhadap penurunan kadar glukosa darah dibandingkan orang yang kurang melakukan latihan fisik. Kadar glukosa dapat terkontrol melalui aktivitas fisik (Subekti, 2006).

2. Pengaruh Senam Kaki Diabetik terhadap Sensitivitas Kaki Pasien DM.

Tabel 2: Sensitivitas kaki sebelum dan setelah senam kaki diabetik di RSUD Dr. R. Soeprapto Cepu tahun 2014 (N = 24).

Sensitivitas Kaki	Mean	Median	Standar Deviasi	<i>p value</i>
Sebelum senam kaki diabetik	1,46	1,00	0,509	0,000
Sesudah senam kaki diabetik	2,17	2,00	0,761	

Tabel 2 menunjukkan bahwa rata-rata skor sensitivitas kaki pada 24 responden sebelum dilakukan senam diabetik adalah 1,46 dan rata-rata setelah senam kaki diabetik sebesar 2,17 sehingga terjadi kenaikan sebesar 0,71. Berdasarkan hasil uji Wilcoxon, diperoleh nilai signficancy sebesar 0,000 ($p < 0,005$), sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh yang signifikan senam kaki diabetik terhadap sensitivitas kaki pada pasien DM. Endriyanto (2012) dalam penelitiannya mendapatkan setelah diberikan perlakuan senam kaki DM dengan koran selama 7 hari berturut-turut, pada kelompok eksperimen terjadi peningkatan sensitivitas kaki yang signifikan ($p < 0.05$).

Efek fisiologis senam kaki diabetik yang dilakukan secara rutin akan mencapai efek mekanis dan reflek yang terjadi simultan (Price & Wilson, 2005). Efek mekanis langsung terjadi dari otot atau jaringan yang dengan sengaja dilakukan senam kaki diabetik yaitu menstimulasi sirkulasi darah, otot menjadi lebih lembut dan fleksibel. Lancarnya peredaran darah, memungkinkan darah mengantar lebih banyak oksigen dan nutrisi ke sel-sel saraf (Price & Wilson, 2005). Senam kaki diabetik yang dilakukan pada telapak kaki terutama di area organ yang bermasalah, akan memberikan rangsangan pada titik-titik saraf yang berhubungan dengan pankreas agar menjadi aktif sehingga menghasilkan insulin melalui titik-titik saraf yang berada di telapak kaki (Tambunan, 2007).

SIMPULAN

1. Rata-rata sensitivitas kaki sebelum dilakukan senam kaki diabetik pasien DM sebesar 1,46.
2. Rata-rata sensitivitas kaki setelah dilakukan senam kaki diabetik pasien DM sebesar 2,17.
3. Terdapat peningkatan rata-rata sensitivitas kaki sebesar 0,71 antara sebelum dan setelah dilakukan senam kaki diabetik.
4. Terdapat pengaruh yang signifikan antara senam kaki diabetik terhadap sensitivitas kaki pada pasien DM ($p = 0,000$).

SARAN

1. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan
Hasil penelitian ini menunjukkan ada pengaruh antara senam kaki diabetik dengan peningkatan sensitivitas kaki yang dapat dipertimbangkan sebagai *evidence based practice* yang dapat diterapkan di klinik untuk meningkatkan pelayanan perawatan pada pasien DM dengan kaki diabetik. Sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup, mempercepat kesembuhan, dan meningkatkan kepercayaan diri.
2. Bagi Pasien DM
Hasil penelitian ini agar dapat diaplikasikan oleh responden dan keluarga dalam membantu meningkatkan sensitivitas kaki secara efisien dan efektif untuk mencegah komplikasi *neuropathic foot ulcer*.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarwanti, L. (2009). *Pengaruh Senam Kaki Diabetes Terhadap Neuropati Sensorik Pada Kaki Pasien Diabetes Melitus di wilayah Kerja Puskesmas Tegalrejo*. (online), <http://publikasi.umsida.ac.id/index.php/psik/issue/view/78> diakses tanggal 14 Nopember 2013.
- Baradero, M. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Endokrin*. Jakarta: EGC.
- Endriyanto, E. (2012). Efektifitas Senam Kaki Diabetes Mellitus Dengan Koran Terhadap Tingkat Sensitivitas Kaki Pada Pasien DM tipe 2. (online), (<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/20590/7/Cover.pdf> diakses tanggal 15 November 2013).
- International Diabetes Federation. (2013). *IDF Diabetes Atlas*. (online), (<http://translate.google.com/translate?hl=id&sl=en&u=http://www.idf.org/diabetesatlas&prev=/search%3Fq%3Ddata%2Bdiabetes%2B2012%26biw%3D1366%26bih%3D596> diakses tanggal 15 November 2013).
- Mangoenprasodjo, A.S., & Hidayati, S.M. (2005). *Terapi Alternatif dan Gaya Hidup Sehat*. Yogyakarta: Pradipta Publishing.
- Misnadiarly (2006). *Diabetes Melitus, Ganggren & Ulcer*. Jakarta : Pustaka Populer Obor.
- Nasution, J. (2010). *Pengaruh Senam Kaki Terhadap Peningkatan Sirkulasi Darah Kaki Pada Pasien Penderita Diabetes Melitus Di RSUP Haji Adam Malik*. (online), (<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/20590/7/Cover.pdf> diakses tanggal 11 November 2013).

- Nenggala, A. (2007). *Pendidikan Jasmani, Olah Raga, dan Kesehatan*. Jakarta: Grafindo Medika Pratama.
- PERKENI. (2011). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: PB PERKENI.
- Price, A.S., & Wilson, M.L. (2005). *Pathophysiology Clinical Concepts of Disease Processes*. Alih Bahasa Pendit dkk. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Priyanto, S. (2012). *Pengaruh Senam Kaki Terhadap sensitivitas Kaki dan Kadar Gula Darah Pada Agregat Lansia Diabetes Melitus di Magelang*. (online), <http://lontar.ui.ac.id/file> diakses tanggal 14 November 2013.
- Putri, M. (2013). *Pengaruh Senam Kaki Diabetik Terhadap Intensitas Nyeri Neuropati Diabetik Pada Penderita Diabetes Melitus tipe 2 Di RSUD Ungaran*. (online), <http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/ejournal/index.php/ilmukeperawatan/article/view/130> diakses tanggal 22 Februari 2014.
- Riset Kesehatan Dasar (2008). *Laporan Nasional 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Riyadi (2004). *Tingkat Pengetahuan Dengan Deteksi Diabetes Melitus*. Diperoleh tanggal 22 Februari 2014 dari <http://digilib.unimus.ac.id/download.php?id=4685>.
- Smeltzer, S.C., & Brenda G.B. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8 Vol 2* alih bahasa Kuncara dkk. Jakarta: EGC.
- Sihombing, D. (2012). *Gambaran Perawatan Kaki dan Sensasi Sensorik Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus tipe 2 di Poliklinik DM RSUD*. (online), (<http://jurnal.unpad.ac.id/ejournal/article/view/677> diakses tanggal 11 November 2013).
- Subekti, I. (2006). Neuropati Diabetik. Dalam Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S (Eds). *Ilmu Penyakit Dalam (Jilid III, Edisi IV)*. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Sudoyo (2006). *Ilmu Penyakit Dalam (Jilid III, Edisi IV)*. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Sutedjo (2010). *5 Strategi Penderita Diabetes Melitus Berusia Panjang*. Yogyakarta: Kanisius.
- Taylor, C., Lillis, C., & Lemone, P. (2005). *Fundamental of nursing*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tambunan, M. (2007). *Perawatan Kaki Diabetik*. Jakarta: Penerbit FKUI
- Tandra, H. (2007). *Segala Sesuatu yang Harus Anda Tahu Tentang Diabetes*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Tjokroprawiro, A. (2003). *Diabetes Mellitus : Klasifikasi, Diagnosis Dan Terapi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Waspadji (2006). Kaki Diabetes. Dalam Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S (Eds). *Ilmu Penyakit Dalam (Jilid III, Edisi IV)*. Jakarta: Pusat Penerbitan I

PENGARUH MENDENGARKAN BACAAN AL-QUR'AN TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA POST SIRKUMSISI

Sri Hananto Ponco Nugroho

Akademisi STIKES Muhammadiyah Lamongan
Jalan Plalangan Plosowahyu Lamongan
0898.808.2221, email: hanantoponco@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Sirkumsisi atau sunat sudah dilakukan sejak jaman pra sejarah dan secara medis sangat menguntungkan bagi kesehatan. Luka sirkumsisi ada sedikit jaringan yang hilang karena luka ini hasil tindakan pemotongan, maka diperlukan adanya perawatan khusus agar tidak terjadi infeksi, dalam penyembuhan luka dipengaruhi beberapa faktor antara lain adalah nutrisi, perawatan luka, psikologis dan spiritual. Bacaan Al Qur'an bermanfaat menurunkan cemas/stress yang berpengaruh terhadap penyembuhan luka. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh mendengarkan bacaan Al-Qur'an terhadap penyembuhan luka sirkumsisi.

Metode: Penelitian adalah *experimental two group design*. Perawatan luka menggunakan rawat luka bersih dengan normal saline. Metode sampling menggunakan *simple random sampling*, dengan sampel sebanyak 28 responden. Penyembuhan luka pada hari ke-10, diukur menggunakan lembar observasi. Program bacaan Al Qur'an menggunakan surat Al-Baqarah selama 15 menit setiap sesi, dan 3 kali setiap hari, serta dilaksanakan selama 10 hari. Analisis data penelitian menggunakan uji *chi-square*.

Hasil: Kelompok perlakuan hampir seluruhnya responden mengalami penyembuhan luka normal yaitu 92,9%, sedangkan pada kelompok kontrol hampir seluruhnya responden mengalami penyembuhan luka abnormal yaitu 78,6% pada hari ke-10. Hasil uji statistik frekuensi penyembuhan luka sirkumsisi menunjukkan perbedaan secara signifikan ($X^2=14.58$, $p=0,000$). Hasil menunjukkan bahwa ada pengaruh mendengarkan bacaan Al-Qur'an selama 15 menit terhadap penyembuhan luka post sirkumsisi.

Kesimpulan: Mendengarkan bacaan Al-Qur'an surat Al-Baqarah selama 15 menit efektif mempercepat penyembuhan luka post sirkumsisi.

Kata kunci : *Mendengarkan Al quran, Penyembuhan Luka, Sirkumsisi*

PENDAHULUAN

Sirkumsisi atau sunat sudah dilakukan sejak jaman pra sejarah (Journal of Men's Studies, Amerika Serikat). Sirkumsisi yang diharuskan dalam agama islam, secara medis sangat menguntungkan bagi kesehatan. Banyak penelitian kemudian membuktikan bahwa sunat dapat mengurangi risiko kanker penis, infeksi saluran kemih, dan mencegah penularan berbagai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS dan juga mencegah penularan human papilloma virus. Selain itu sirkumsisi juga dapat mencegah penyakit seperti phimosis, paraphimosis, candidiasis, tumor ganas dan praganas pada daerah kelamin pria (Syamsir, 2014).

Luka sirkumsisi ada sedikit jaringan yang hilang karena luka ini hasil tindakan pemotongan. Kecepatan penyembuhan luka sirkumsisi biasanya 7–10 hari, reepitelisasi secara normal sudah sempurna (Hermana, 2010). Pada kenyataan penyembuhan luka

sirkumsisi seringkali mengalami kelambatan, hal ini sesuai dengan hasil survei awal yang peneliti lakukan terhadap 15 anak post sirkumsisi, didapatkan 10 anak post sirkumsisi (66,7%) mengalami proses penyembuhan yang lambat dan 5 anak (33,3%) sembuh tepat waktu.

Faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka antara lain nutrisi, yang memenuhi syarat gizi pada anak post sirkumsisi perlu mendapat perhatian karena dapat membantu dalam mempercepat proses penyembuhan luka sirkumsisi (Prasetyono, 2015). Faktor perawatan luka juga berpengaruh terhadap penyembuhan luka sirkumsisi, perawatan yang tidak benar menyebabkan infeksi dan memperlambat penyembuhan (Smelzer, 2002). Faktor psikologis yang berkaitan dengan stress atau cemas juga mempengaruhi penyembuhan sebagai akibat dari gangguan metabolisme tubuh (Hamid, 2008).

Upaya untuk mengatasi keterlambatan penyembuhan luka sirkumsisi salah satunya dengan menurunkan cemas/stress pada pasien. Mendengarkan suara bacaan Al-Qur'an dapat menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik (Heru, 2008). Al-Qur'an merupakan solusi untuk seluruh penyakit, pengobatan Al-Qur'an mampu mengobati penyakit yang di alaminya yang tidak mampu di obati oleh medis. Dengan mendengarkan ayat-ayat mulia dari Al-Qur'an, getaran neuron akan kembali stabil bahkan melakukan fungsi prinsipilnya secara baik (Jamak, 2008).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh mendengarkan bacaan Al-Qur'an terhadap penyembuhan luka sirkumsisi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan *experimental two group design*. Perawatan luka menggunakan rawat luka bersih dengan normal saline. Metode sampling menggunakan simple random sampling, dengan sampel sebanyak 28 responden. Penyembuhan luka pada hari ke-10, diukur menggunakan lembar observasi. Program bacaan Al Qur'an menggunakan surat Al-Baqarah selama 15 menit setiap sesi, dan 3 kali setiap hari, serta dilaksanakan selama 10 hari. Analisis data penelitian menggunakan uji *chi-square*.

HASIL PENELITIAN

Distribusi penyembuhan luka pada kelompok intervensi yang diberi perlakuan mendengarkan Al-Qur'an hampir seluruhnya responden mengalami penyembuhan luka normal pada hari ke-10 yaitu 92,9% seperti yang disajikan pada tabel 1. Sedangkan pada tabel 2 distribusi penyembuhan luka pada kelompok kontrol yang tanpa diberikan perlakuan kontrol hampir seluruhnya responden mengalami penyembuhan luka abnormal yaitu 78,6% pada hari ke-10.

Sesuai tabel 3 hasil uji statistik frekuensi penyembuhan luka sirkumsisi menunjukkan perbedaan secara signifikan ($X^2=14.58$, $p=0,000$). Hasil menunjukkan bahwa ada pengaruh mendengarkan bacaan Al-Qur'an selama 15 menit terhadap penyembuhan luka post sirkumsisi.

Tabel 1 Penyembuhan Luka Sirkumsisi Pada Kelompok Intervensi Dengan Perlakuan Mendengarkan Bacaan Al-Qur'an

No	Penyembuhan Luka	Frek	%
1	Normal	13	92,9
2	Abnormal	1	7,1
Jumlah		14	100

Tabel 2 Penyembuhan Luka Sirkumsisi Pada Kelompok Kontrol

No	Penyembuhan Luka	Frek	%
1	Normal	3	21,4
2	Abnormal	11	78,6
Jumlah		14	100

Tabel 3 Tabulasi Silang Penyembuhan Luka Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

No	Kelompok	Penyembuhan Luka		Jumlah
		Normal	Abnormal	
1	Intervensi	13 (92,9%)	1 (7,1%)	14 (100%)
2	Kontrol	3 (21,4%)	11 (78,6%)	14 (100%)
Jumlah		16 (57,1%)	12 (42,9%)	28 (100%)
$X^2=14,58$ dan $p=0,000$				

PEMBAHASAN

Berdasarkan data dari tabel 1 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi hampir seluruhnya penyembuhan luka sirkumsisi normal yaitu sebanyak 92,9%. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh penerapan mendengarkan bacaan Al-qur'an, hal ini dikarenakan Al-Qur'an merupakan obat yang komplet untuk segala jenis penyakit, baik penyakit hati maupun penyakit fisik, baik penyakit dunia maupun penyakit akhirat (Al-Kaheel, 2005). Soenarjo (2005) menyatakan bahwa Al-Qur'an bermanfaat untuk menjadi obat, penawar dan penyembuh dari berbagai persoalan hidup manusia.

Lantunan Al-Qur'an dapat menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik (Heru, 2008).

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia (Hamid, 2008). Apabila seseorang dalam keadaan sakit, maka hubungan dengan Allah semakin dekat, mengingat seseorang dalam kondisi sakit menjadi lemah dalam segala hal, tidak ada yang mampu membangkitkannya dari kesembuhan, kecuali Sang Pencipta. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional mempunyai kesempatan yang paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan/asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu klien memenuhi kebutuhan dasar yang holistik. Dalam pelayanan kesehatan, perawat sebagai petugas kesehatan harus memiliki peran utama dalam memenuhi kebutuhan spiritual.

Berdasarkan data dari tabel 2 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol hampir seluruhnya penyembuhan luka sirkumsisi abnormal yaitu sebanyak 78,6%. Dari fakta diatas bahwa hampir seluruhnya mengalami penyembuhan luka abnormal, dimana hal tersebut dapat dipengaruhi oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan spiritual, yang berakibat stress/kecemasan tidak teratasi sehingga mempengaruhi penyembuhan luka. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan untuk mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk berserah diri kepada Sang Pencipta sehingga ikhlas menjalani tuntutan duniawi (Syarifudin, 2002). Diperlukan adaptasi spiritual yang baik yaitu melalui proses penyesuaian diri dengan melakukan perubahan perilaku yang didasarkan pada keyakinan atau kepercayaan yang dimiliki sesuai dengan agama yang dianutnya (Yusri, 2006).

Penerapan aspek spiritualitas yang baik telah memberikan pengaruh positif terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien sehingga kebutuhan spiritual pasien terpenuhi (Hamid, 2008). Oleh karenanya menjadi penting bagi umat Islam untuk memahami kesehatan individu dan masyarakat secara holistik, tidak hanya sisi jasmani saja melainkan juga memperhatikan sisi rohaninya.

Ketika kondisi fisik terganggu ada kemungkinan seseorang mengalami perubahan emosi, cemas maupun stress. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh komponen spiritual seseorang untuk mengatasi perubahan emosi tersebut (Sudaryat, 2006). Keimanan pada Tuhan diyakini akan memudahkan seseorang untuk mengatasi perubahan emosional selama sakit, dengan bacaan Al-Qur'an dan tahu artinya maka ketakutan, rasa sakit, kecemasan terhadap segala hal apapun akan hilang serta sistem kekebalan tubuh akan meningkat, memperbaiki sistem kimia tubuh yang melancarkan aliran darah sehingga nutrisi dan suplai oksigen kedalam tubuh terserap dengan baik menjadikan penyembuhan luka menjadi cepat (Ismail, 2006).

Perawat memiliki peran utama untuk memberikan pelayanan dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien berupa pelayanan kesehatan khususnya pelayanan/asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu klien memenuhi kebutuhan dasar holistik. Dengan pemenuhan kebutuhan spiritual zikir dan do'a, dari sudut pandang ilmu kedokteran jiwa atau kesehatan mental merupakan terapi psikiatrik, setingkat lebih tinggi daripada psikoterapi biasa (Hawari, 2005). Hal ini dikarenakan zikir, doa, membaca atau mendengarkan Al-Qur'an mengandung unsur spiritual kerohanian, keagamaan, yang dapat membangkitkan harapan dan percaya diri pada diri klien atau penderita, maka ketakutan, rasa sakit, kecemasan terhadap segala hal apapun akan hilang serta sistem kekebalan tubuh

akan meningkat, memperbaiki sistem kimia tubuh yang melancarkan aliran darah sehingga nutrisi dan suplai oksigen kedalam tubuh terserap dengan baik yang akan menjadikan kekebalan tubuh dan kekuatan psikis meningkat sehingga mempercepat proses penyembuhan.

KESIMPULAN

Kesimpulannya adalah mendengarkan bacaan Al-Qur'an surat Al-Baqarah selama 15 menit efektif mempercepat penyembuhan luka post sirkumsisi. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka sirkumsisi, maka dengan memberikan masukan dalam mengembangkan perencanaan keperawatan dalam aspek spiritual yang akan dilakukan tentang mendengarkan bacaan Al-qur'an terhadap penyembuhan luka sirkumsisi pada anak dan dapat dijadikan salah satu dasar pengembangan bagi ilmu keperawatan dan meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya penerapan/asuhan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-kaheel, A. (2007). The Healing Power Of Quran: Between Scien And Faith. <http://www.kaheel7.com>.
- Barbara C Long, (2001). Perawatan Medikal Bedah (suatu pendekatan proses keperawatan). Bandung: yayasan ikatan alumni pendidikan bandung. Hal:137,138
- Hamid, S. (2008). Aspek Spiritual Dalam Keperawatan. Jakarta: Widya Medika
- Hawari, D. (2005). Dimensi Religi Dalam Praktek Psikiatri Dan Psikologi. Jakarta: balai penerbit FKUI.
- Hermana, A. (2010). Teknik Operasi Sirkumsisi. Jakarta: Sagung Seto
- Heru. (2008). Pemahaman Isi Dan Kandungan Al Quran. [http:// 2012/10/13/pemahaman-isi-dan-kandungan-AlQuran.html](http://2012/10/13/pemahaman-isi-dan-kandungan-AlQuran.html)
- Ismail, F. (2006). Pengaruh Quran Terhadap Organ Tubuh. http://at-gallery.com/index2php?Option=com_content&do_pdf+1&id=29
- Jamak, M. (2008). Energi Penyembuhan Dalam Al Quran: Antara Sains Dan Keyakinan. [http://ebanten.com/health/502-energi-penyembuhan-dalam alquran-antara-sain-dan-keyakinan-1](http://ebanten.com/health/502-energi-penyembuhan-dalam-alquran-antara-sain-dan-keyakinan-1)
- Prasetyono. (2015). Panduan Sikumsisi Tanpa Nyeri Pada Anak. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Smeltzer. (2002). Keperawatan medikal bedah. Vol 2. Jakarta: EGC
- Soenarjo. (2005). Al Quran Dan Terjemahnya: Keutamaan Membaca Al Quran. Jakarta: penyalenggara penterjemah penafsir Al-Qur'an
- Sudaryat, A. (2006). Musik klasik. Al Quran dan ketenangan jiwa. Jakarta: EGC
- Sudjatmiko, dkk. (2008). Sirkumsisi Yang Aman & Efisien. Jakarta: Sagung Seto
- Syamsir. (2014). Sirkumsisi Berbasis Kompetensi. Jakarta: EGC
- Syarifuddin, D. (2002). Ensiklopedi Tematis Dunia Islam, Pemikiran Dan Peradaban Ilmu Al Quran Sebagai Sumber Pemikiran. Jakarta: Ichtiar baru Van Hoeve
- Yusri, A. (2006). Meditasi dengan Al quran. <http://psikolog2.tripod.com/meditasiquran.html>

PENGARUH *HYPNOPARENTING* TERHADAP KEBIASAAN SARAPAN PAGI PADA SISWA KELAS I DI SDN BUAH BATU BARU BANDUNG

Rini Mulyati

Akademisi, STIKes Jenderal Achmad Yani Cimahi

Jl.Terusan Jenderal Sudirman-Cimahi 40533-Telp.022-6631622,Fax.022-6631624

ABSTRAK

Sarapan pagi sangat bermanfaat bagi kesehatan fisik dan mental anak, sehingga anak dapat melakukan aktivitas belajar di sekolah dengan baik. Kebiasaan sarapan pagi bagi anak masih rendah dan orangtua tidak mengetahui anak-anaknya kemungkinan makan makanan jajanan yang kurang bermanfaat. Metode hipnosis yaitu *hypnoparenting* menjadi alternatif untuk mengubah perilaku negatif anak dalam sarapan pagi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh *hypnoparenting* terhadap kebiasaan sarapan pagi pada siswa kelas I di SDN Buah Batu Baru Bandung.

Desain penelitian menggunakan *quasy experiment pre-post test* dengan grup kontrol. Teknik pengambilan sampel dengan cara *consecutive sampling* yang terdiri dari 23 responden sebagai kelompok intervensi dan 23 responden sebagai kelompok kontrol. Alat pengumpulan data adalah kuesioner untuk mengukur kebiasaan sarapan pagi dengan intervensi berupa *hypnoparenting*. Intervensi *hypnoparenting* diberikan selama 21 hari. Hasil penelitian dianalisis secara univariat dan bivariat dengan *Paired T Test* dan *Pooled T Test*. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan kebiasaan sarapan pagi setelah mendapatkan intervensi *hypnoparenting* pada kelompok intervensi dan terdapat perbedaan secara signifikan kebiasaan sarapan pagi setelah mendapatkan intervensi *hypnoparenting* pada kelompok intervensi dan pada kelompok kontrol. Kesimpulannya, tindakan *hypnoparenting* secara signifikan dapat membentuk kebiasaan sarapan pagi yang baik pada anak usia sekolah. Disarankan agar tindakan *hypnoparenting* diterapkan sebagai bagian dari intervensi keperawatan dalam mengatasi masalah pola makan pada anak dan orangtua dapat terus menerus memberikan sugesti positif.

Kata kunci : Hypnoparenting, Sarapan Pagi, Usia Sekolah

PENDAHULUAN

Sarapan pagi sangat penting bagi anak untuk melakukan aktifitas fisik yang lama di sekolah, berpikir dan berpartisipasi dalam proses belajar. Hasil penelitian Lewis dan Shimada (2010) menunjukkan bahwa secara signifikan sarapan memberikan efek positif terhadap hasil akademik dan perbaikan dalam kehadiran anak di sekolah serta 80% dapat menciptakan lingkungan belajar yang positif.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Yayasan Sodexo di Amerika Serikat dari Program Sarapan Sekolah juga menjelaskan bahwa dampak yang terjadi akibat anak tidak sarapan pagi bukan saja berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak, tetapi akan memiliki status kesehatan yang lebih buruk secara keseluruhan daripada anak-anak yang memiliki cukup makan. Anak-anak yang mengalami kelaparan lebih sering sakit, lebih beresiko

mengalami infeksi, anemia dan lebih sering dirawat di rumah sakit akibat sakit (Brown., Beardslee., & Stith, 2008).

Di Indonesia 16,9%-59% anak sekolah dan remaja, serta 31,2% orang dewasa tidak terbiasa sarapan pagi, akibatnya sebanyak 44,54% anak Indonesia tidak terpenuhi energinya, mengalami masalah defisiensi gizi mikro, dan 23% anak hanya sarapan dengan karbohidrat dan minum (Riskesdas,2010).

Kebiasaan makan yang kurang baik pada anak akan mengakibatkan masalah gizi. Masalah gizi yang sering terjadi pada anak usia sekolah adalah obesitas, gagal tumbuh, anemia akibat defisiensi zat besi, karies, dan infeksi. Menurut Unit Pertumbuhan dan Surveillance WHO (2010) bahwa prevalensi gizi buruk pada anak usia sekolah (5-14 tahun) didapatkan prevalensi stunting 28% (171 juta anak-anak). Di Negara berkembang ditemukan prevalensi stunting antara 48-52% dengan prevalensi keseluruhan gizi antara 34-62%, dan Surveillance Care Nursing (SCN) mencatat bahwa di antara usia sekolah, anak stunting dan underweight lebih banyak terjadi.

Membentuk budaya yang baik dalam sarapan pagi pada anak, orangtua harus mempunyai pendekatan yang lebih bersahabat dengan anak, melalui komunikasi yang lebih terbuka, nyaman, dan rileks salah satunya adalah dengan hypnparenting. Hypnparenting adalah penerapan hipnosis untuk pengasuhan, pendidikan, dan pengobatan anak yang dilakukan oleh orangtua (Swadarma, 2014). Kata-kata positif yang diungkapkan oleh orangtua dalam menasehati anak sangat efektif dalam mempengaruhi kekuatan alam bawah sadar. Hypnparenting yang dilakukan orangtua kepada anak, pada prinsipnya membawa anak menuju ke gelombang alpha dan theta dengan cara sederhana, yaitu dengan melakukan pengulangan, baik dalam bentuk kata-kata, suara, maupun gerakan. Hypnparenting yang dilakukan orangtua dengan penuh kasih sayang, empati, dan kelembutan hati akan memberikan dampak secara fisiologis dan psikologis pada anak (Pratomo,2012).

Penelitian Stanton (2011) menjelaskan bahwa anak yang mengalami stress psikologis akibat kesulitan belajar, kemudian dilakukan hipnosis mampu meningkatkan fungsi otak dan mengembangkan struktur otak dalam meningkatkan proses pembelajaran dan retensi terhadap bahan pelajaran. Intervensi ini pun dapat dilakukan oleh orangtua yang anaknya mengalami masalah pada saat sarapan pagi.

Hasil observasi yang dilakukan pada saat proses pembelajaran di SD Buah Batu Baru terhadap 10 siswa yang mengalami masalah dalam sarapan pagi. Selama proses pembelajaran terlihat 10 siswa tersebut kurang aktif dalam belajar, tidak semangat, dan tidak konsentrasi pada saat guru menjelaskan, siswa tersebut tidak memperhatikan tapi asik dengan kegiatan lain. Pada saat mengerjakan soal matematika 10 siswa ini tidak dapat menyelesaikannya dengan baik serta lambat dalam menyelesaikannya, sehingga memerlukan bimbingan dari guru pada saat mengerjakan soal matematika. Kondisi ini sangat berbeda pada anak yang sarapan pagi, dimana anak terlihat sangat aktif, konsentrasinya tinggi dan mampu mengerjakan soal matematika dengan cepat. Melihat dampak anak tidak sarapan pagi, Intervensi hypnparenting dengan memberdayakan orangtua dapat mengatasi masalah anak khususnya dalam membentuk kebiasaan sarapan pagi yang baik, peneliti yakin

hypnoparenting dapat menjadi alternatif dalam mengatasi masalah pola makan dan masalah gizi pada anak usia sekolah. Di samping itu pemilihan hipnoparenting oleh peneliti karena orangtua adalah orang pertama yang selalu berinteraksi dengan anak, karena anak usia sekolah masih memerlukan bimbingan, dorongan, dan pendidikan dari orangtua untuk membentuk pola kebiasaan, khususnya dalam membiasakan anak sarapan pagi serta pendidikan dalam memilih makanan yang sehat dan berkualitas.

Berdasarkan persentase anak usia sekolah yang masih mengalami masalah terhadap kebiasaan sarapan pagi dan masalah gizi, maka perlu adanya sebuah intervensi alternatif yang bersumber pada kekuatan alam bahwa sadar, yang fungsinya salah satu adalah membentuk kebiasaan dengan memberikan sugesti positif pada anak. Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh hypnoparenting terhadap kebiasaan makan pagi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain kuasi-eksperimental, jenis *quasy experiment pre-post test* dengan grup kontrol. Variabel independen dari penelitian ini adalah *hypnoparenting*, sedangkan variabel dependen adalah kebiasaan sarapan pagi. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *consecutive sampling* dengan besaran sampelnya sebanyak 23 responden pada kelompok intervensi dan 23 responden pada kelompok kontrol. Kriteria inklusinya yaitu Ibu/wali yang mampu berkomunikasi dengan baik, belum mengetahui penanganan masalah anak dengan metode *hypnoparenting* dan Ibu yang mempunyai waktu untuk melakukan *hypnoparenting* pada anaknya. Kriteria eksklusi adalah Ibu/wali yang mempunyai kegiatan di luar rumah lebih dari sehari. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat dengan *Paired T Test* dan *Pooled T Test*.

HASIL PENELITIAN

1. Analisis Univariat

a. Karakteristik Siswa

Tabel 1.1: Distribusi karakteristik siswa Kelas I SDN Buah Batu Baru Bandung pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

(N = 46)

Karakteristik	Intervensi			Kontrol		
	n	%	Median (Min-Mak)	n	%	Median (Min-Mak)
JK & Usia						
Laki-laki	8	34,8	7	9	39,1	7
Perempuan	15	65,2	(7-8)	14	60,9	(7-8)

Berdasarkan tabel 1.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebesar (65,2%) pada kelompok intervensi dan pada kelompok kontrol sebesar

(60,9%) dengan usia minimum 7 tahun dan maksimum 8 tahun pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

2. Analisis Bivariat

Tabel 2.1: Perbedaan kebiasaan sarapan pagi pada siswa kelas I sebelum dan sesudah dilakukan *hypnoparenting* pada kelompok intervensi di SDN Buah Batu Baru Bandung (N = 23)

Variabel	Pengukuran	Median (Minimum – Maksimum)	95% CI	<i>p value</i>
Kebiasaan Sarapan Pagi	- Sebelum	7 (4-9)	6,74-7,35	0.001
	- Sesudah	9 (9-10)	8,57-9,78	

$\alpha = 0,05$

Berdasarkan tabel 2.1 didapatkan hasil uji statistik $p\text{ value} = 0,001$ ($\alpha=0.05$). Maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan kebiasaan sarapan pagi pada siswa sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok intervensi.

Tabel 2.2 : Perbedaan kebiasaan sarapan pagi pada siswa kelas I pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol Di SDN Buah Batu Baru Bandung (N = 46).

Variabel	Pengukuran	Median (Minimum – Maksimum)	95% CI	<i>p value</i>
Kebiasaan Sarapan Pagi	- Intervensi	9 (9-10)	8,57-9,78	0.001
	- Kontrol	7 (6-10)	6,99-7,96	

$\alpha = 0,05$

Berdasarkan tabel 2.2 didapatkan hasil uji statistik $p\text{ value} = 0,001$ ($\alpha = 0.05$), maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan kebiasaan sarapan pagi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

PEMBAHASAN

a. Karakteristik

Faktor biologis (jenis kelamin & usia) merupakan salah satu determinan individu yang membentuk kebiasaan makan walaupun jenis kelamin dan usia tidak berhubungan secara signifikan tetapi jenis kelamin dan usia mempunyai korelasi yang positif terhadap pembentukan pola makan yang baik. Hasil penelitian Bolade & Ayodele (2005)

menjelaskan bahwa sarapan pagi sangat bermanfaat untuk menjaga kesehatan setelah melewati malam yang panjang, karena anak usia 3–11 tahun memerlukan 50% oksigen untuk otak dibandingkan dengan orang dewasa dimana anak memiliki rasio otak lebih berat dari orang dewasa (1,4 – 1,6). Dan hasil studi juga menunjukkan bahwa dari 30 anak dan remaja yang berusia 0–18 tahun menunjukkan penggunaan glukosa dan aktivitas metabolisme otak yang meningkat dari usia 10 tahun dan mulai stabil pada usia 16 – 18 tahun.

Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa kebiasaan makan anak usia sekolah belum memenuhi pedoman gizi yang baik sehingga dapat berdampak terhadap status gizi anak baik *underweight* maupun *overweight*. Hasil penelitian Tringali.G, (2009) menunjukkan bahwa dari populasi 294 anak sekolah di Sicily, 23% mengalami kelebihan berat badan dan 18% mengalami obesitas. Penelitian Cavallo,et.al., 2014 juga mempertegas bahwa prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas meningkat di Italia Utara dan Selatan pada anak laki-laki dan perempuan serta pada semua kelompok umur. Anak laki-laki usia 11-15 tahun yang tinggal di Italia Selatan memiliki peluang mengalami obesitas 2,05 kali dan perempuan 2,04 kali dibanding anak yang tinggal di Italia Utara.

b. Perbedaan kebiasaan sarapan pagi pada siswa kelas I SDN Buah Batu Baru sebelum dan sesudah dilakukan *hypnoparenting* pada kelompok intervensi.

Menanamkan kebiasaan yang baik seperti sarapan pagi merupakan salah satu fungsi pikiran bawah sadar manusia. Kebiasaan ini harus di stimulus terus menerus oleh orangtua dengan kata-kata yang positif (sugesti) maupun dengan tindakan, sehingga muncul kesadaran anak untuk melaksanakannya dengan penuh tanggung jawab.

Terbentuknya kebiasaan makan yang baik pada anak merupakan hasil dari pola asuh orangtua. Hasil penelitian (Enten & Golan, 2008) menjelaskan bahwa adanya keseimbangan antara aturan dan kasih sayang orangtua dalam pola asuh dapat membentuk pola makan yang sehat dalam keluarga dan anak-anak yang dididik dan diasuh dengan otoriter, akan mempunyai peluang lima kali lebih besar memiliki kelebihan berat badan daripada anak dengan pola asuh yang baik (Rhee et.al., 2006). Hasil penelitian ini memperkuat bahwa *hypnoparenting* sangat efektif dalam membentuk kebiasaan makan yang baik pada anak. Dengan mensugestikan kata-kata positif dengan penuh kasih sayang pada anak setiap hari oleh orangtua ini, akan menstimulus pikiran bawah sadar anak untuk membentuk kebiasaan yang baik. Menurut hasil penelitian Scaglioni.S, 2008 bahwa peran orangtua yang positif merupakan metode yang efektif untuk meningkatkan diet anak secara benar, karena orangtua memegang peran penting dalam mengembangkan referensi anak terhadap jenis-jenis makanan dan ibu secara signifikan membentuk perilaku makan yang baik pada anak dibandingkan dengan ayah di dalam keluarga dan menciptakan lingkungan yang menyenangkan pada saat makan akan mendorong perkembangan perilaku makan yang sehat pada anak.

Jadi menurut analisis peneliti kata-kata positif yang terucap dari orangtua sangat berpengaruh besar terhadap psikologis anak untuk terjadi evolusi pada anak. Maka

untuk memastikan bahwa anak menyadari bahwa sarapan pagi itu penting, memberikan manfaat baik secara fisik maupun psikologis, maka belief system yang sudah terbentuk di pikiran bawah sadar perlu penguatan (reinforcement), misalnya saat anak sarapan pagi sudah mulai mengambil makan dengan kesadaran sendiri orangtua perlu memberikan pujian, agar belief system tersebut masuk akal, bermanfaat, dan berdaya guna menurut (Wong.W, 2010).

Menurut (Suwaid, 2010) bahwa pujian dan sanjungan akan membawa dampak besar dalam jiwa anak, karena pujian dapat menggerakkan perasaan anak, sehingga anak segera dapat memperbaiki perilaku dan perbuatannya. Disamping itu hati anak akan merasa senang mendengar pujian dan anak akan terus melakukan perbuatan yang terpuji. Pujian dan sanjungan ini dapat dilakukan oleh orangtua pada tempat dan waktu yang sesuai, proporsional dan tidak berlebih-lebihan sehingga memberikan hasil yang tak ternilai. Kebiasaan memuji ini perlu terus ditingkatkan oleh orangtua, bahkan pada saat orangtua dalam kondisi marah sekalipun, orangtua tetap tersenyum, memeluk anak, dan menggunakan bahasa tubuh yang persuasif agar terbentuk harga diri (self esteem) anak yang positif sehingga mampu mendorong dan menciptakan pola pikir dan perilaku yang sehat pada anak.

Terbentuknya kebiasaan sarapan pagi yang baik pada anak melalui proses hypnoparenting yang dilakukan oleh orangtua, Menurut (Murphy, 2007; Lewis & Shimada, 2010) dapat memberikan efek pada kesehatan anak yang lebih baik karena mendapatkan gizi yang seimbang sehingga siap untuk belajar, membantu membangun kebiasaan makan yang sehat dan memberikan efek positif terhadap hasil belajar dan mampu menciptakan lingkungan belajar yang positif. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kleinman et al (2002) tentang Diet, Breakfast, and Academic Performance in Children, menunjukkan bahwa setelah diberikan makanan gratis pada siswa selama 6 bulan secara signifikan berdampak terhadap perbaikan nilai matematika, perilaku, kehadiran dan partisipasi siswa di sekolah. Disamping itu anak lebih termotivasi di sekolah, memiliki coping mekanisme yang lebih baik, memiliki bobot tubuh yang lebih sehat, meningkatkan konsentrasi, kewaspadaan, dan pemahaman, meningkatkan fungsi kognitif, perhatian, dan memori, serta anak memiliki status gizi yang lebih baik sehingga tidak mudah sakit (Lewis & Shimada, 2010).

Hypnoparenting ini dapat dilakukan oleh setiap orangtua karena teknik ini sederhana, mudah, murah, tidak invasif, tidak merugikan, dan efektif dilakukan oleh orangtua dalam melakukan pendidikan dan pengasuhan sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

SIMPULAN DAN SARAN

- a. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebesar (65,2%) pada kelompok intervensi dan (60,9%) pada kelompok kontrol dengan usia minimum 7 tahun dan maksimum 8 tahun pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

- b. Terdapat perbedaan yang bermakna kebiasaan sarapan pagi pada siswa kelas I sebelum dan sesudah diberikan *hypnoparenting* pada kelompok intervensi dengan $p\text{ value} = 0,001 (\alpha > 0,05)$.
- c. Terdapat perbedaan yang bermakna kebiasaan sarapan pagi pada siswa kelas I sesudah diberikan *hypnoparenting* pada kelompok intervensi dan pada kelompok kontrol dengan $p\text{ value} = 0,001 (\alpha > 0,05)$.

Hasil kesimpulan diatas, untuk meningkatkan kemampuan orangtua dalam membentuk kebiasaan sarapan pagi yang baik pada anak disarankan dilakukan kerjasama dengan puskesmas dan kader kesehatan untuk melakukan pelatihan *hypnoparenting* agar orangtua mempunyai keterampilan yang baik dalam mengasuh anak terutama dalam membentuk kebiasaan sarapan pagi serta melibatkan orangtua dalam memberikan asuhan keperawatan dengan metode *hypnoparenting di klinik sebagai aplikasi dari family center care* dan sekolah dapat menyediakan kantin sehat di lingkungan sekolah agar kebiasaan makan yang sudah baik di rumah dapat dipertahankan anak di lingkungan sekolah.

DAFTAR PUSTAKA

- Amaliah & Murdiati, A. (2013). *Panduan penyiapan pangan sehat untuk semua*. Jakarta: Kencana Prenadamedia Group.
- Anbar, D.R. (2002). Hypnosis in pediatric : Applications at a pediatric pulmonary center. BMC pediatrics.
- Alligood, M.R., & Tomay, A.,M. (2008). *Nursing theory utilization & application : Pediatric nursing (3rd ed.)*. San Fransisco: Mosby
- Astuti, H.P. (2012). The role of hypnoparenting in the treatment of early childhood's temper tantrum. IJECES
- Blair, F. R. (2007). *Self hypnosis, Program your childrens mind*. (2nd Edition). Illinois: Sourcebooks Inc.
- Ball, J.W., & Bindler, R.C. (2008). *Pediatric nursing: caring for children (3rd ed.)*. New Jersey: Prentice Hall
- Bolade, A., & Ayodele, A. (2009). Gender age and religon as determinants of eating habit of youth in Ikenne locd government of ogunstate, Nigeria. Edo *Journal of Counseling*. Vol 2
- Enten, R.S., & Golan, M. (2005). Parenting stylesand weight-related symptoms and behaviors with recommendations for practice. *Nutrition Reviews*, 66, 65-75
- Ferreira, M.U., Villamor, E., Muniz, P.T., Scopeb, K.G., & Cardoso, M.A. (2012). Underlying factors associated with anemia in amazonian children: A Population- Based, Cross-Sectional Atudy. Diunduh [www. Plosone. Org](http://www.plosone.org). 19 Agustus 2014
- Fitri, Y. E., Kusumaningrum, A. (2013). Effect of hypnoparenting to nutrition status of children. Kuala Lumpur. Malaysia: International conference on trends challenges and opportunities in multidisciplinary healthcare.
- Galimberti, C., Salvioni, M. & Scaglioni, S. (2008). Influence of parental attitudes in the development of childdren eating behavior . *British Journal of Nutrition*. Doi 10.1017

- Gurralla, J., Hammond, D.C., & Tan Gabriel. (2005). Hypnosis and irritable bowel syndrome. A review of efficacy and mechanism of action. *American journal of Clinical Hypnosis*.
- Goldman, R.D., Rogovik, A.L. (2007). Hypnosis for treatment of pain in children. *Canadian Family Physician*. Vol 53
- Kleinman, R.E, Hall, S, Green, H, Ramirez, D.K & Murphy, J.M. (2002). Diet, breakfast, and academic performance in children. , *British Journal of Nutrition* 46, 24-30
- Kral, et. al. (2011). Effects of eating breakfast compared with skipping breakfast on ratings of appetite and intake at subsequent meals in 8-to 10-y- old children 1-3. *American Society for Nutrition*. 93:284–91.
- Kanarek, R.B., Taylor, H.A., Mahoney, C.R. (2005). Effect of breakfast composition on cognitive processes in elementary school children. *Journal Physiology & Behavior*, 85 (635-645).
- Kain, Z.N. & Saadat, H. (2004). Hypnosis as a therapeutic tool in pediatrics. *Nasional Institutes of Health*.
- Lewis & Shimada. (2010). The benefits of breakfast : Health & Academic. Diunduh www.Breakfastfirst.org. 28 April 2014.
- Mahoney, R. C., Taylor, A. H., Kanarek, B. R., Samuel, P. (2005). Effect of breakfast composition on cognitive processes in elementary school children: *Department of Psychology*. Doi : 10.1016.
- Mckenna, M., Evers, S., & Taylor, J.P. (2005). Determinants of healthy eating in children and youth: *Canadian Journal of Public Health*, Vol 96.
- Murphy, J.M. (2007). *Breakfast for learning*. Diunduh dari www.frac.org. pdf. 8 Maret 2014
- Maltz, M. (2004). *The magic power of self image psychology*. 8th Edition, New York: The Pocket Books Publishing.
- Mathieson, A. (2006). Healthy eating habits and physical activity levels among adolescents. *Journal of Pediatrics*. Vol 3
- Murdiati, A & Amaliah. (2013). *Panduan penyiapan pangan sehat untuk semua*. Jakarta : Kencana Prenadamedia Group.
- Muhilal & Damayanti, D. (2006). *Hidup sehat gizi seimbang dalam siklus kehidupan manusia*. Jakarta. PT. Primamedia Pustaka.
- Puspitawati, H. (2008). Analisis gender terhadap kebiasaan makan dan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku positif pelajar sekolah menengah di kota Bogor. *Media Gizi & Keluarga* (74-86).
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Clinical nursing skills and techniques (3rd ed.)*. St. Louis: The C.V. Mosby Company
- Pratomo, Y. D. (2012). *Hypnoparenting*. Jakarta, PT Mizan.
- Rhee, K.E., Lumeng, J.C., Appugliese, D.P., Kaciroti, N., & Braddley, R.H. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117, 2054.
- Suwaid, H. A. (2012). *Prophetic parenting cara nabi mendidik anak*. Yogyakarta. Pro-U Media.
- Stanton Pauline. (2011). Hypnosis for children: *Journal of Heart Centered Therapies*. Vol 14. No 2 (77-85).

- Stein, L.M., & Ramos, M. (2005). Development childrens eating behavior. *Juornal de Pediatria*. Vol.76
- Smith, K.J., Gall, S.L., McNaughton, S.A., & Venn, A.J (2010). Skipping breakfast : longitudinal associations with cardiometabolic risk factors in the childhood determinant of adult health study 1-3. *AJNC*. 30101
- Santos, Y. (2010). *Pediatric hypnotherapy*. Diunduh. <http://www.hipnotisku.com>. 20 Maret 2014.
- Swadarma, D. (2014). *Kedasyatan hypnoparenting secara otodidak*. Jakarta. Padi.
- Stanton, P. (2011). Hypnosis for children. *Journal of Heart-Centered Therapies*. Vol 14. No.2. pp 77-85.
- Setiono, A. (2007). *Hypnoparenting menjadi orangtua efektif dengan hipnosis*. Jakarta. PT Gramedia Pustaka Utama.
- _____ (2008). *Rahasia mendidik anak agar sukses dan bahagia*. Jakarta, PT Gramedia Pustaka Utama.
- Streeter, M. (2007). *Hypnosis. The Secret of The Mind*. 2nd Edition, New York : Barrons Educational Series Inc.
- Sukmaniah, S. (2009). *Menu sehat*. Jakarta. PT.Intisari Mediatama.
- Soepardi, S., & Gunawan, H. (2009). *Kebiasaan sarapan di kalangan anak usia SD di Poliklinik Umum Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM*. Sari Pediatric, Vol II, No 1.
- Tan, G., Hammond, C. D., Gurrall, J. (2002). Hypnosis and irritable bowel syndrome. *American Journal of Clinical Hypnosis* 47
- Wong, et.al. ((2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Vol 1. Jakarta: EGC
- Waryono, (2010). *Gizi reproduksi*. Yogyakarta. Pustaka Rihama.
- Wong, W. (2010). *Membongkar rahasia hipnosis*. Jakarta. Visimedia.
- Yuka, N., et.al. (2010). Effects of eating or skipping breakfast on heart rate and oxygen uptake. *Kawasaki Journal of Medical Welfare* Vol.16. No.2, (58-63).
- Zuccotti, G.V., et. Al. (2013). Breakfast: a multidisciplinary approach. *Italian Journal of Pediatrics*.(39-44).

HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN MOTIVASI KERJA *PROBLEM SOLVER* DALAM PELAKSANAAN KEGIATAN PENINGKATAN MUTU DENGAN *PROBLEM SOLVING FOR BETTER HOSPITAL* (PSBH) DI RSUP DR. SARDJITO

Yasinta Nur Rohmah¹, Ariani Arista Putri Pertiwi², Nuryandari²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan, FK UGM

²Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, FK UGM

ABSTRAK

Latar Belakang: *Problem Solving for Better Hospital* (PSBH) merupakan pendekatan untuk mengatasi berbagai masalah di rumah sakit dengan cara yang mudah dan menarik. Pada praktiknya, masih terdapat *problem solver* yang tidak menerapkan PSBH untuk menyelesaikan masalah di tempat kerjanya. Dalam teori kinerja, motivasi kerja memiliki peranan penting. Orang dengan efikasi diri yang tinggi akan berusaha lebih keras menghadapi kesulitan dalam pekerjaannya. Penelitian ini akan mencari tau hubungan antara efikasi diri dan motivasi kerja *problem solver* dalam pelaksanaan program peningkatan mutu dengan PSBH

Metode: Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Sampel penelitian adalah 47 *problem solver* RSUP Dr. Sardjito yang terdiri dari tenaga keperawatan, dokter, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non medis. Pengukuran efikasi diri dengan menggunakan instrumen *General Self-Efficacy Scale* (GSES) dan pengukuran motivasi kerja menggunakan *Work Preference Inventory* (WPI) *Working Adult Version*

Hasil: Terdapat hubungan antara efikasi diri dengan motivasi kerja *problem solver* dengan nilai $p=0,023$ dan nilai korelasi *spearman* $r=0,332$. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan motivasi kerja *problem solver* berdasarkan jenis pekerjaan dan jumlah pelaksanaan PSBH

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara efikasi diri dengan motivasi kerja *problem solver* dalam pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu dengan PSBH

Kata Kunci: Efikasi Diri, Motivasi Kerja, *Problem Solver*, PSBH

CP : 087843161796

Korespondensi: yasintanurrohmah@yahoo.co.id

EFEKTIFITAS TERAPI BERMAIN PADA ANAK USIA PRASEKOLAH SAAT HOSPITALISASI DALAM MENGATASI *STRANGER ANXIETY* DI RUANG MELATI RSUD Dr. R. KOESMA TUBAN

Sunanita¹⁾, Moh. Ubaidillah Faqih²⁾

^{1,2)} Stikes NU Tuban

email: sunanita75@gmail.com

ABSTRAK

Hospitalisasi mengharuskan anak tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulihan kembali ke rumah. Proses tersebut menimbulkan reaksi berupa *stranger anxiety* (kecemasan yang timbul karena suasana baru), sebagian besar anak yang mengalami hospitalisasi mendapatkan prosedur invasive dan semua merespon ketakutan. Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen, sampel berjumlah 34 responden dengan 17 responden pada kelompok intervensi dan kontrol, yang diambil secara acidental. Instrumen yang digunakan adalah skala *stranger anxiety* yang dikembangkan dari Hockenberry dan Wilson (2007). Analisa dengan menggunakan uji mannwhitney untuk mengetahui perbedaan selisih perubahan *stranger anxiety* pada kelompok intervensi dan kontrol dengan tingkat kemaknaan $p < 0,005$. Rata-rata *stranger anxiety* sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol dan intervensi didapatkan perbedaan signifikan sebelum dan sesudah terapi bermain dengan $p = 0,000$ dan $\alpha = 0,05$, Analisis lebih lanjut dilakukan dengan mannwhitney karena data tidak berdistribusi normal, terdapat perbedaan signifikan selisih rata-rata skor *stranger anxiety* sebelum dan setelah terapi bermain pada kelompok intervensi dan kontrol (p value = 0,000, $\alpha = 0,05$), dengan kata lain terapi bermain dapat menurunkan skor *stranger anxiety* secara signifikan. Masa krisis anak dapat diminimalisir dengan terapi bermain selama hospitalisasi. Fungsi bermain di rumah sakit salah satunya adalah sebagai fasilitasi penguasaan situasi yang tidak familiar khususnya saat hospitalisasi.

Kata kunci: bermain, *stranger anxiety*, hospitalisasi

PENDAHULUAN

Hospitalisasi merupakan suatu proses disebabkan karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulihan kembali ke rumah. Proses tersebut menimbulkan reaksi tersendiri pada anak baik fisik maupun psikologis dari yang umum sampai bersifat individual. Ruang rawat dan prosedur tindakan yang tidak didesain sesuai dengan simbol keceriaan anak menambah berbagai perasaan yang dialami anak, antara lain cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah (Supartini, 2004).

Data dari RSUD Dr. R. Koesma Tuban menyebutkan jumlah anak yang dirawat di Ruang Melati RSUD Dr. R. Koesma pada tahun 2013 sebanyak 1123 anak. Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan menunjukkan semua anak yang mengalami hospitalisasi mendapatkan

prosedur invasif, semua anak berespon ketakutan dan minimal dilakukan upaya penenangan oleh petugas.

Reaksi anak terhadap hospitalisasi yaitu anak menunjukkan berbagai perilaku sebagai reaksi terhadap pengalaman hospitalisasi. Reaksi secara individu tergantung pada usia anak, pengalaman dirawat sebelumnya, temperamen anak, dukungan keluarga dan kecemasan orang tua (Wong, 2003). Reaksi umum yang terjadi adalah *stranger anxiety*, kehilangan dan perlukaan pada tubuh.

Stranger anxiety disebabkan karena situasi baru dengan orang dan lingkungan yang tidak dikenal, rutinitas baru serta berpisah dengan ibu. Reaksi yang sering muncul adalah menangis, marah dan pemberontakan yang terbagi menjadi 3 tahapan respon perilaku yaitu protes, putus asa dan pengingkaran. Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan krisis utama yang tampak pada anak (Nursalam, dkk, 2005). Kondisi tersebut bila tidak teratasi dengan segera maka akan berakibat terhadap penolakan anak terhadap prosedur tindakan perawatan atau medis yang seharusnya dijalani sehingga kemungkinan akan berlanjut terhadap lama rawat anak dan bertambah beratnya kondisi anak (Wong, 2003).

Masa krisis anak berupa *stranger anxiety* dampak hospitalisasi hendaknya dapat diminimalisir oleh perawat dan petugas kesehatan yang lain. Cara mengatasi kecemasan anak khususnya dalam menghadapi lingkungan yang baru tersebut yang telah diketengahkan adalah bermain selama hospitalisasi (Wong, 2003). Fungsi bermain di rumah sakit menurut (Wong, 2003) salah satunya adalah sebagai fasilitasi penguasaan situasi yang tidak familiar khususnya saat hospitalisasi.

Tujuan penelitian ini adalah Mengetahui perbedaan *stranger anxiety* anak usia prasekolah di Ruang Melati RSUD Dr. R. Koesma Tuban sebelum dan sesudah dilakukan terapi bermain. Tujuan Khusus penelitian ini adalah 1) Mengidentifikasi perbedaan tingkat *stranger anxiety* anak usia prasekolah di Ruang Melati RSUD Dr. R. Koesma Tuban sebelum dan sesudah terapi bermain pada kelompok perlakuan. 2) Mengidentifikasi perbedaan tingkat *stranger anxiety* anak usia prasekolah di Ruang Melati RSUD Dr. R. Koesma Tuban sebelum dan sesudah dilakukan terapi bermain pada kelompok kontrol. 3) Menganalisis perbedaan penurunan tingkat *stranger anxiety* anak usia prasekolah di Ruang Melati RSUD Dr. R. Koesma Tuban pre dan post test pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah dilakukan terapi bermain.

KAJIAN LITERATUR

2.1 Konsep *stranger anxiety* Saat Hospitalisasi

Pada Umumnya anak yang sudah agak besar jika dirawat di rumah sakit akan timbul rasa takut baik pada dokter maupun perawat, apalagi jika anak telah mempunyai pengalaman mendapatkan imunisasi. Dalam bayangannya, perawat atau dokter akan menyakiti dengan menyuntik (Ngastiyah, 2005).

Sebagian besar yang terjadi pada bayi di usia pertengahan sampai anak periode prasekolah, khususnya anak yang berumur 6 sampai 30 bulan telah mengalami *stranger anxiety* (kecemasan berada pada suasana baru) baik karena perpisahan maupun berada pada

lingkungan baru. . Balita belum mampu berkomunikasi dengan bahasa yang memadai dan memiliki pengertian yang terbatas terhadap realita. Hubungan anak dengan orang terdekat, akibatnya perpisahan dengan orang terdekat akan menimbulkan rasa kehilangan sehingga akan mengakibatkan cemas pada anak (Wong., 2003).

Reaksi anak saat hospitalisasi sangat individual tergantung pada tahapan perkembangan, pengalaman sebelumnya terhadap perawatan, sistem dukungan yang ada, dan kemampuan coping yang dimiliki. Pada umumnya reaksi anak terhadap sakit adalah kecemasan karena perpisahan, kehilangan, dan perlukaan tubuh dan rasa nyeri. Perawatan anak di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasa aman, penuh kasih sayang, dan menyenangkan yaitu lingkungan rumah, sekolah, dan teman sepermainan. Kehilangan kontrol juga terjadi akibat dirawat di rumah sakit karena adanya pembatasan aktifitas. Kehilangan kontrol tersebut berdampak pada perubahan peran dalam keluarga, kehilangan kelompok sosial, perasaan takut mati, dan adanya kelemahan fisik. Reaksi terhadap perlukaan atau rasa nyeri akan ditunjukkan dengan ekspresi, baik secara verbal maupun nonverbal. Hal ini berdampak pada kerjasama anak dengan petugas kesehatan selama perawatan (Supartini, 2004).

2.1.1 Faktor Kecemasan Hospitalisasi

Wong (2003) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan anak saat hospitalisasi adalah karakteristik anak meliputi usia, jenis kelamin, pengalaman dirawat sebelumnya, temperamen anak, dukungan keluarga dan kecemasan orang tua. Respon perilaku anak terhadap stranger anxiety terbagi dalam 3 tahap, yaitu :

1. Tahap Protes
Tahap ini dimanifestasikan dengan menangis kuat, menjerit, dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif, seperti menendang, menggigit, memukul, mencubit, mencoba membuat orang tuanya tetap tinggal, dan menolak perhatian orang lain. Secara verbal, anak menyerang dengan rasa marah, seperti mengatakan “pergi”.
2. Tahap Putus Asa
Pada tahap ini, anak akan terlihat tegang, tangisnya berkurang, tidak aktif, kurang berminat untuk bermain, tidak ada nafsu makan, menarik diri, tidak mau berkomunikasi, sedih, apatis, dan regresi (misalnya: mengompol atau menghisap jari).
3. Tahap Menolak
Pada tahap ini, secara samar-samar anak menerima perpisahan, mulai tertarik dengan apa yang ada disekitarnya, dan membina hubungan dangkal dengan orang lain. Anak mulai kelihatan gembira. Fase ini biasanya terjadi setelah perpisahan yang lama dengan orang tua.

2.1.2 Penatalaksanaan *stranger anxiety* dampak hospitalisasi

Mencegah atau meminimalkan dampak *stranger anxiety* dapat dilakukan dengan cara :

1. *Roomingin*
Roomingin berarti orang tua dan anak tinggal bersama. Jika tidak bisa, sebaiknya orang tua dapat melihat anak setiap saat untuk mempertahankan kontak atau komunikasi antara orang tua-anak.

2. Partisipasi orang tua

Orang tua diharapkan dapat berpartisipasi dalam merawat anak yang sakit, terutama dalam perawatan yang bisa dilakukan. Perawat dapat memberikan kesempatan pada orang tua untuk menyiapkan makanan anak atau memandikan anak.

3. Membuat ruang perawatan menarik dan memanipulasi lingkungan

Hal ini dapat dilakukan dengan mendekorasi ruangan memakai poster atau kartu bergambar sehingga anak merasa aman jika anak berada di ruangan tersebut. Manipulasi lingkungan dapat berupa menjadikan tempat perawatan sebagai sarana bermain bagi anak. Sehingga anak tidak akan merasa kehilangan haknya untuk memperoleh keceriaan dengan bermain.

Meminimalkan perasaan kehilangan Kendali dapat dilakukan dengan cara:

1. Mengusahakan kebebasan bergerak

Untuk balita, kontak orang tua-anak mempunyai arti penting untuk mengurangi stres akibat pembatasan. Pada beberapa kasus pasien yang diisolasi, seperti luka bakar berat, lingkungan dapat dimanipulasi untuk meningkatkan kebebasan sensori, misalnya dengan menempatkan tempat tidur di dekat pintu atau jendela, memperdengarkan musik, dan sebagainya.

2. Mempertahankan kegiatan rutin anak

Teknik untuk meminimalkan gangguan dalam melakukan kegiatan sehari-hari adalah dengan jadwal terstruktur yang meliputi semua kegiatan yang penting bagi anak, seperti prosedur tindakan, waktu bermain, dan nonton TV. Jadwal tersebut disusun oleh perawat, orang tua, dan anak secara bersama-sama.

3. Dorongan anak untuk independen

Balita mulai belajar menjadi independen dan sangat menyenangkan peran barunya tersebut. Hospitalisasi membuat anak menjadi tergantung pada orang lain dan ini menimbulkan perasaan kehilangan kendali.

Mencegah dan meminimalkan perlukaan tubuh dan rasa sakit dengan cara, memanipulasi prosedur juga dapat mengurangi ketakutan akibat perlukaan tubuh. Misalnya, jika anak takut diukur temperaturnya melalui anus, maka hal tersebut dapat dilakukan melalui ketiak. Sedangkan untuk mengatasi nyeri dapat dilakukan dengan tanpa obat misalnya dengan cara distraksi dengan bermain.

2.2 Konsep Bermain

Definisi Bermain

Bermain adalah kegiatan yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan anak sehari-hari, karena bermain sama dengan bekerja sama pada orang dewasa, yang dapat menurunkan stres anak, media yang baik bagi anak untuk berkomunikasi dengan lingkungannya, menyesuaikan diri terhadap lingkungan, belajar mengenal dunia sekitar kehidupannya, dan penting untuk meningkatkan kesejahteraan mental serta sosial anak (Supartini Yupi, 2004).

2.2.1 Fungsi Bermain

Fungsi bermain secara umum menurut Wong (2004) bahwa bermain mempunyai fungsi sebagai berikut:

1. Perkembangan Sensorimotor
 - 1) keterampilan motorik kasar dan halus serta koordinasi
 - 2) Meningkatkan perkembangan semua indra
 - 3) Mendorong eksplorasi pada sifat fisik dunia
 - 4) Memberikan pelampiasan kelebihan energi
2. Perkembangan Intelektual
 - 1) Memberikan sumber-sumber yang beranekaragam untuk pembelajaran
 - 2) Eksplorasi dan manipulasi bentuk, ukuran, tekstur, warna
 - 3) Pengalaman dengan angka, hubungan yang renggang, konsep abstrak
 - 4) Kesempatan untuk mempraktikkan dan memperluas keterampilan berbahasa
 - 5) Memberikan kesempatan untuk melatih pengalaman masa lalu dalam upaya mengasimilasikannya ke dalam persepsi dan hubungan baru
 - 6) Membantu anak memahami dunia di mana mereka hidup dan membedakan antara fantasi dan realita
3. Perkembangan Sosialisasi dan Moral
 - 1) Mengajarkan peran orang dewasa, termasuk perilaku peran seks
 - 2) Memberikan kesempatan untuk menguji hubungan
 - 3) Mengembangkan keterampilan sosial
 - 4) Mendorong interaksi dan perkembangan sikap yang positif terhadap orang lain
 - 5) Memperkuat pola perilaku yang telah disetujui dan standar moral
4. Kreativitas
 - 1) Memberikan saluran ekspresif untuk ide dan minat yang kreatif
 - 2) Memungkinkan fantasi dan imajinasi
 - 3) Meningkatkan perkembangan bakat dan minat khusus
5. Kesadaran Diri
 - 1) Memudahkan perkembangan identitas diri
 - 2) Mendorong pengaturan perilaku sendiri
 - 3) Memungkinkan pengujian pada kemampuan sendiri
 - 4) Memberikan perbandingan antara kemampuan sendiri dan kemampuan orang lain
 - 5) Memungkinkan kesempatan untuk belajar bagaimana perilaku sendiri dapat mempengaruhi orang lain
6. Nilai Terapeutik
 - 1) Memberikan pelepasan stres dan ketegangan
 - 2) Memungkinkan eksperiemosi dan pelepasan impuls yang tidak dapat diterima dalam bentuk yang secara sosial dapat diterima
 - 3) Mendorong percobaan dan pengujian situasi yang menakutkan dengan cara yang aman
 - 4) Memudahkan komunikasi verbal tidak langsung dan nonverbal tentang kebutuhan, rasa takut dan keinginan

Fungsi bermain di rumah sakit

Menurut Wong (2004), fungsi bermain di Rumah Sakit, yaitu:

- 1) Fasilitas penguasaan situasi yang tidak familiar
- 2) Beri kesempatan untuk membuat keputusan dan kontrol
- 3) Bantu untuk mengurangi stres terhadap perpisahan
- 4) Beri kesempatan untuk mempelajari tentang bagian-bagian tubuh, fungsinya, dan penyakit/kecacatan sendiri
- 5) Perbaiki konsep-konsep yang salah tentang penggunaan dan tujuan peralatan, dan prosedur medis
- 6) Beri peralihan dan relaksasi
- 7) Bantu anak untuk merasa lebih aman dalam lingkungan yang asing
- 8) Beri cara untuk mengurangi tekanan dan untuk mengekspresikan perasaan
- 9) Anjurkan untuk berinteraksi dan mengembangkan sikap-sikap yang positif terhadap orang lain
- 10) Beri cara untuk mengekspresikan ide kreatif dan minat
- 11) Beri cara untuk mencapai tujuan-tujuan terapeutik

2.2.2 Aktifitas Bermain untuk Anak Usia pra sekolah

Permainan adalah salah satu bentuk aktivitas sosial yang dominan pada awal masa anak-anak. Sebab, anak-anak menghabiskan lebih banyak waktunya di luar rumah, bermain dengan teman-temannya dibanding terlibat dalam aktivitas lain (Desmita, 2009). Wong (2004) menjabarkan permainan yang dianjurkan untuk anak usia 1-3 tahun (*todler*) dan 3-5 tahun (Pra-sekolah) sebagai berikut:

Tabel 2.1 Permainan yang dianjurkan untuk anak usia 1-3 tahun (*todler*) dan 3-5 tahun (Pra-sekolah)

Perkembangan Fisik	Perkembangan Sosial	Perkembangan Mental dan Kreatifitas
Usia 1-3 tahun (<i>Todler</i>)		
Mainan yang dapat ditarik dan didorong, kuda-kudaan yang dapat bergoyang, mainan yang dapat dikendarai, bola, balok (yang tidak dicat), papan ketuk, gym yang rendah dan seluncur, ember dan sekop kecil, adonan mainan	Musik dan mainan rekaman atau <i>tape recorder</i> , dompet, mainan-mainan rumah tangga, telepon mainan, piring, kompor, meja dan kursi mainan, cermin, wayang, boneka, boneka-bonekaan	Puzzles kayu, Buku yang berisi gambar pakaian, kertas, cat jari, krayon tebal, balok, manik-manik besar bertali, sepatu kayu, program TV yang tepat
Perkembangan Fisik	Perkembangan Sosial	Perkembangan Mental dan Kreatifitas
Usia 3-5 tahun (Pra-sekolah)		
Papan jungkat-jungkit, Perosotan yang tinggi sedang, Ayunan yang dapat diatur, Kendaraan untuk dikendarai, Sepeda roda tiga, Mengarungi	Rumah mainan, Boneka, Piring, meja, Papan setrika dan setrikanya, Truk, mobil, kereta dan pesawat mainan, Baju-baju mainan untuk berdandan, <i>Carriage</i> boneka, tempat tidur,	Buku-buku, Puzzlejigsaw, Mainan bermusik, piano mainan, terompet), Permainan gambar, Gunting tumpul, lem, kertas, Kertas koran, krayon, jari, Papan flanel dan secarik kain yang

kolam, Kereta sorong, Kereta luncur, <i>Wagon</i> , <i>Rollerskates</i>	dan kursi tingginya, Peralatan dokter dan perawat, Paku, palu, dan gergaji, Alat-alat berdandan, alat tata rias dan alat cukur mainan	berwarna dan berbentuk, Rekaman, Papan tulis dan kapur (berwarna dan putih), Rangkaian konstruksi kayu dan plastik, Kaca pembesar
---	---	---

Dari tabel 2.1 di atas dapat disimpulkan bahwa permainan yang dianjurkan untuk anak usia 1-5 tahun harus berdasarkan perkembangan fisik, perkembangan sosial, perkembangan mental dan kreatifitas.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 34 responden dengan masing-masing 17 responden pada kelompok intervensi dan kontrol, dari estimasi populasi semua anak yang dirawat di R. Melati RSUD dr. R. Koesma Tuban yang di ambil secara actidental. Variable independen pada penelitian ini adalah terapi bermain dan variabel dependen adalah *stranger anxiety* dengan variabel perancu adalah usia anak, jenis kelamin, temperamen anak, sistem pendukung dan pengalaman dirawat. Instrumen yang digunakan adalah skala *stranger anxiety* yang dikembangkan dari Hockenberry dan Wilson (2007). Analisa dengan menggunakan uji mann whitney untuk mengetahui perbedaan selisih penurunan *stranger anxiety* pada kelompok intervensi dan kontrol dengan tingkat kemaknaan $p < 0,005$.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, pengalaman dirawat, temperamen anak, dukungan keluarga dan tindakan invasif yang diterima anak selama hospitalisasi

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pengalaman Dirawat, Temperamen Anak, Dukungan Keluarga Pada Anak Prasekolah Yang Dirawat Dan Tindakan Invasif Di Ruang Melati RSUD Dr. R. Koesma Tuban.

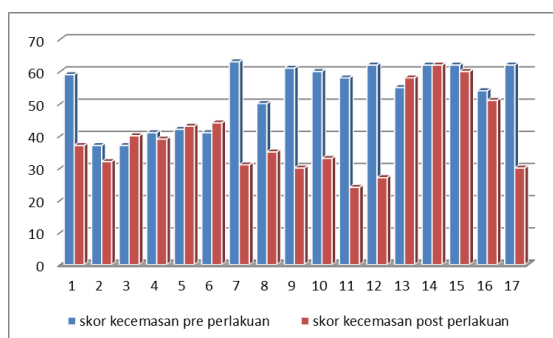
No.	Variabel	Kontrol (n=17)		Intervensi (n=17)		Total		P Value
		n	%	n	%	n	%	
1	<u>Jenis Kelamin</u>							
	a. Laki – laki	9	52,94	8	47,05	17	50	0,808
	b. Perempuan	8	47,05	9	52,94	17	50	
2	<u>Pengalaman Dirawat</u>							
	a. Pernah	11	64,70	8	47,05	19	55,88	0,225
	b. Tidak Pernah	6	35,29	9	52,94	15	44,12	

3	<u>Temperamen</u>						
a. Mudah	3	17,64	4	23,52	7	20,59	0,023
b. Sulit	3	17,64	0	0	3	8,82	
c. Lambat	11	64,70	13	76,47	24	70,59	
4	<u>Dukungan Keluarga</u>						
a. Tersedia	12	70,58	13	76,47	25	73,53	0,090
b. Kurang tersedia	5	29,41	4	23,52	9	26,47	
5	<u>Tindakan Invasif</u>	17	100	17	100	34	100
a. Pernah	0	0	0	0	0	0	0,00
b. Tidak pernah					34	100	

Menunjukkan bahwa Variabel jenis kelamin, pengalaman dirawat dan dukungan keluarga pada kelompok kontrol dan intervensi adalah menunjukkan kesetaraan. Jenis kelamin pada intervensi paling banyak adalah perempuan (52,94%) dengan (p value=0,808, $\alpha=0,05$), pengalaman dirawat paling banyak pada kelompok kontrol adalah tidak pernah (64,70%) dengan (p value=0,225, $\alpha=0,05$) dan dukungan keluarga terbanyak pada kelompok intervensi adalah tersedia (76,47%) dengan (p value=0,09, $\alpha=0,05$). Sedangkan pada temperamen menunjukkan ketidaksetaraan antara kelompok kontrol dan intervensi dimana terbesar temperamen anak adalah melambat (76,47%) dengan (p value=0,022, $\alpha=0,05$), dengan 100% anak hospitalisasi mendapatkan prosedur invasif.

Stranger Anxiety

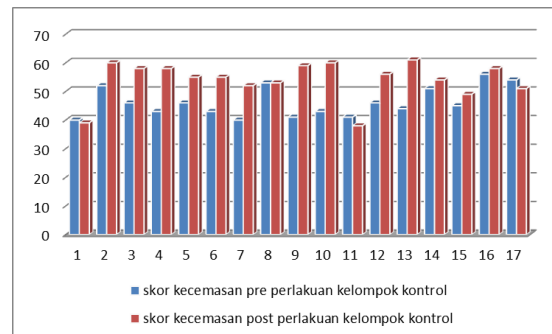
Skor *Stranger Anxiety* pre dan post terapi bermain pada kelompok intervensi



Gambar 1

Distribusi Skor *Stranger Anxiety* Anak Usia Prasekolah Pada Kelompok Intervensi Di Ruang Melati RSUD Dr. R. Koesma Tuban

Gambar 1 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi sebagian besar menunjukkan penurunan skor stranger anxiety sebelum dan sesudah dilakukan terapi bermain. Skor *Stranger anxiety* pada kelompok kontrol



Gambar 2
Distribusi Skor *Stranger Anxiety* Anak Usia Prasekolah Pada Kelompok Kontrol Di Ruang Melati RSUD Dr. R. Koesma Tuban

Gambar 2 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol terlihat adanya penurunan skor stranger anxiety hanya pada beberapa responden, sebagian besar menunjukkan peningkatan.

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Rata-Rata Skor *Stranger Anxiety* Pre Dan Post Terapi Bermain Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Di Ruang Melati RSUD Dr. R. Koesma Tuban

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	Min-Max	95% CI
Stranger Anxiety	Intervensi	17				
	a. Pre		53,29	9,78	37-63	48,26-58,32
	b. Post		39,76	11,74	24-62	33,72-45,80
	c. Selisih		13,53			
	Kontrol	17				
	a. Pre		46,117	5,17	40-56	43,45-48,77
	b. Post		53,882	6,70	38-61	50,43-57,33

Tabel tersebut menunjukkan bahwa rata-rata *stranger anxiety* anak usia prasekolah pada kelompok intervensi sebelum dilakukan terapi bermain adalah 53,29 (SD=9,78). Dari estimasi interval, 95% diyakini bahwa rata-rata skor *stranger anxiety* pre terapi bermain pada kelompok intervensi adalah 48,26-58,32 dengan nilai minimum 37 dan maks 63. Sedangkan rata-rata skor *stranger anxiety* pada kelompok intervensi post terapi bermain adalah 39,76 (SD= 11,74). Dari estimasi interval, 95% diyakini rata-rata skor *stranger anxiety* post terapi bermain berada pada 33,72-45,80 dan minimum 24, maks 62.

Selanjutnya dilakukan analisis lebih lanjut terhadap rata-rata *stranger anxiety* sebelum dan sesudah perlakuan pada masing-masing kelompok kontrol dan intervensi didapatkan perbedaan signifikan sebelum dan sesudah terapi bermain dengan $p=0,000$ dan $\alpha=0,05$, dengan kata lain terapi bermain dapat menurunkan skor *stranger anxiety* secara signifikan.

Tabel 3 Perbedaan rata-rata selisih perubahan skor *stranger anxiety* pre dan post pada kelompok intervensi dan kontrol anak usia prasekolah di Ruang Melati RSUD Dr. R. Koesma Tuban

Variabel	Kelompok	Mean	SD	SE	z	p.value
Stranger Anxiety	Intervensi	10,71	15,38	3,37	-3,98	0,000
	Kontrol	24,29	7,18	1,74		

Tabel 3 di atas menunjukkan rata-rata selisih perubahan skor *stranger anxiety* responden post terapi bermain pada kelompok intervensi adalah 10,71 dengan standart deviasi 15,38 (SE = 3,73). Sedangkan pada kelompok kontrol adalah 24,29 dengan standart deviasi 7,18 (SE = 1,74). Analisis lebih lanjut dilakukan dengan uji beda, karena data tidak berdistribusi normal maka dilakukan dengan uji *man whitney* didapatkan bahwa terdapat perbedaan signifikan selisih rata-rata skor *stranger anxiety* sebelum dan setelah terapi bermain pada kelompok intervensi dan kontrol ($p. value = 0,000$, $\alpha=0,05$).

KESIMPULAN

- 1) Karakteristik responden terdapat perbedaan secara signifikan temperamen anak dimana sebagian besar adalah lambat. Pada kelompok intervensi 76,47% dan kelompok kontrol 64,70%. Menurut Wong (2004) temperamen pada anak usia sekolah hendaknya dapat dijaga kestabilannya karena akan mempengaruhi penyesuaian diri anak pada lingkungan baru dan kelompok tempatnya dirawat. Pengukuran temperamen dilakukan untuk mengetahui sifat dasar anak yang akan mempengaruhi anak dalam menghadapi stress hospitalisasi.
- 2) Sebagian besar terjadi penurunan skor *stranger anxiety* sebelum dan sesudah dilakukan terapi bermain pada kelompok intervensi.
- 3) Sebagian besar menunjukkan peningkatan skor *stranger anxiety* dan hanya beberapa responden saja mengalami penurunan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan terapi bermain.

- 4) Terdapat perbedaan signifikan selisih rata-rata skor *stranger anxiety* sebelum dan sesudah terapi bermain pada kelompok intervensi dan kontrol (p value = 0,000, α = 0,005) dimana rata-rata skor kelompok intervensi 10,71 dan kelompok kontrol 24,29, dengan demikian pada kelompok intervensi memiliki skor *stranger anxiety* lebih rendah daripada kelompok kontrol.

DAFTAR PUSTAKA

- Barbara, Kozier dkk. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi 7*. Jakarta: Penerbit Buku kedokteran EGC
- Bhisma Murti. 2013. *Desain dan Ukuran sampel Untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Gajah Mada University Press
- Christina, R. 2011. *Pengaruh Senam Otak Terhadap Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada Anak Usia Prasekolah di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta*. Tesis UI (tidak dipublikasikan)
- Desmita. 2009. *Psikologi Perkembangan*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya
- Dian, A. 2011. *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain Pada Anak*. Jakarta : salemba Medika
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2007. *Riset Keperawatan dan Tehnik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2008. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Jakarta: Salemba Medika
- Hockenberry, J.M., & Wilson, D. 2007. *Wong's nursing care of infant and children*. (8 th edition). Canada: Mosby Company
- Imam, S. 2012. *Menulis Makalah dan Artikel*. Anggota IKAPI
- Kristiyani, Titik. 2008. *Bermain, Atasi kecemasan*. (online), (<http://kesehatan.kompas.com>) diakses 12 November 2011
- Moh. Nazir. 2014. *Metode Penelitian*. Ghalia Indonesia
- Ngastiyah. 2005. *Perawatan Anak Sakit edisi 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Nursalam, dkk. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak untuk Perawat dan Bidan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2009. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Santoso, Singgih. 2010. *Statistik Nonparametrik Konsep dan Aplikasi dengan SPSS*. Jakarta: Gramedia
- Supartini, Yupi. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Wong, Dona L..2004. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

HUBUNGAN TINGKAT KECERDASAN SPIRITUAL DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUD TUGUREJO SEMARANG

Fitri Haryati¹⁾, Dody Setyawan²⁾

- 1) Mahasiswa S1 Jurusan Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro Semarang (fitriharyati.ns@gmail.com)
- 2) Staf Pengajar Departemen Keperawatan Dewasa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (dody_psikfkundip@hotmail.com)

ABSTRAK

Hemodialisis yang dijalani pasien gagal ginjal kronik dapat menimbulkan permasalahan fisik dan psikis, seperti kelelahan, sakit kepala, keluar keringat dingin, impotensi, berhentinya menstruasi dan stres. Hal tersebut dapat menurunkan kualitas hidup pasien. Kualitas hidup merupakan persepsi individu yang berhubungan dengan standar, harapan, dan tujuan hidup. Salah satu item yang penting dalam domain psikologis dari kualitas hidup yaitu spiritual. Tingkat spiritual seseorang dipengaruhi oleh kecerdasan spiritual. Kecerdasan spiritual membantu seseorang untuk menerima dan menghadapi masalah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik (GGK) yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif non eksperimen dengan desain deskriptif korelasional dan pendekatan *cross sectional*, yang melibatkan 71 pasien hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang dengan menggunakan teknik *total sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien GGK yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang memiliki kecerdasan spiritual dan kualitas hidup dalam kategori sedang masing – masing sebesar 64,8 % dan 59,2 %. Hasil analisis uji Chi Square dengan alternatif uji Kolmogorov – Smirnov, menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup dengan nilai $p = 0,000$ ($\alpha = 0,05$). Sehingga, semakin tinggi kecerdasan spiritual yang dimiliki pasien maka semakin tinggi pula kualitas hidupnya. Perawat dapat meningkatkan kecerdasan spiritual pasien melalui konseling spiritual dalam program *palliative care*.

Kata Kunci : kecerdasan spiritual, kualitas hidup, hemodialisis

PENDAHULUAN

Gagal ginjal kronik merupakan salah satu masalah kesehatan serius di dunia (Zoccali, Kramer & Jager, 2009). Permasalahan utama yang pasti dialami pasien yaitu keadaan uremia dan penumpukan racun (toksin) dalam darah yang dapat membahayakan keadaan pasien (Suwitra, 2006), sehingga pasien harus menjalani terapi secara rutin untuk kelangsungan hidupnya. Terapi yang harus dijalankan yaitu terapi pengganti fungsi ginjal, salah satunya adalah hemodialisis.

Hemodialisis dapat memperpanjang usia hidup pasien GJK, namun terapi ini dapat menimbulkan beberapa permasalahan. Secara fisik, pasien hemodialisis mengalami kelelahan, sakit kepala, dan keluar keringat dingin akibat tekanan darah yang menurun (Gallieni, 2008). Selain itu, pasien GJK berisiko mengalami impotensi pada laki-laki dan berhentinya menstruasi pada perempuan. Secara psikologis, pasien hemodialisis dapat mengalami stres (Hudak & Gallo, 2010). Permasalahan tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien (Mini, Deepa, & Aboobacker, 2010).

The World Health Organization (WHO), mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu dalam hidup berdasarkan konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, tujuan, dan perhatian mereka (The WHOQoL Group, 1997). Penelitian Sreejitha (2012) menunjukkan bahwa pasien GJK yang menjalani terapi hemodialisis memiliki kualitas hidup lebih rendah dibandingkan pasien transplantasi ginjal ($p < 0,001$) (Sreejitha et al., 2012). Penilaian kualitas hidup pasien dipengaruhi oleh 4 domain yaitu domain fisik, psikologi, sosial dan lingkungan (The WHOQoL Group, 1997). Domain psikologi merupakan domain yang penting dalam kualitas hidup seseorang. Status psikologi yang baik tersebut membantu seseorang dalam melakukan coping dan membantu seseorang dalam mempersepsikan kualitas hidup yang baik.

Domain psikologi dalam kualitas hidup memiliki beberapa item antara lain gambaran tubuh, pikiran negatif dan positif, proses pikir, memori, konsentrasi dan spiritual (Sreejitha et al., 2012). Penelitian Bandar (2013), menunjukkan item spiritual memiliki nilai koefisien korelasi terbesar dibandingkan item lain yaitu sebesar 0,823 terhadap domain psikologis (Bandar, Jani, & Karim, 2013). Tingkat spiritual seseorang dapat dipengaruhi oleh kecerdasan spiritual (Zohar & Marshal, 2007). Kecerdasan spiritual merupakan cara seseorang memberikan makna hidup dan penerimaan diri yang baik terhadap kondisinya sehingga dapat memberikan respon positif terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya (Tasmara, 2006; Zohar & Marshal, 2007).

Hasil studi pendahuluan di RSUD Tugurejo Semarang menunjukkan bahwa 70 % pasien mengalami perubahan aktivitas sebelum dan sesudah sakit. Sebesar 60 % pasien memilih berhenti bekerja. Seluruh pasien yang diwawancarai mengeluhkan lemas dan kelelahan setelah menjalani terapi hemodialisis. Selain itu, sebesar 50 % pasien merasakan kesepian dan jarang berkumpul dengan teman-temannya setelah sakit. Semua pasien yang diwawancarai mengatakan mempercayai adanya Tuhan. Sebesar 40 % pasien dapat menerima sakit yang diderita, mereka mengatakan percaya penyakit ini adalah ujian Tuhan dan menerima keadaannya. Namun, sebesar 60 % pasien yang diwawancarai mengatakan belum dapat menerima kondisinya dan belum dapat mengambil hikmah dari sakit yang dideritanya.

Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan tingkat kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup pada pasien GJK yang menjalani terapi hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang. Tujuan penelitian ini yaitu mengetahui hubungan antara kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup pasien GJK yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang. Manfaat penelitian ini yaitu dapat dijadikan sebagai data baru mengenai tingkat kecerdasan spiritual pasien dan evaluasi intervensi yang telah dilakukan terhadap kualitas hidup pasien. Sehingga, dalam memberikan asuhan

keperawatan, perawat dapat memenuhi kebutuhan spiritual pasien guna meningkatkan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani hemodialisis.

METODE

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif non eksperimental dengan desain penelitian deskriptif korelasional. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*, dengan jumlah sampel 71 pasien. Kriteria inklusi penelitian yaitu pasien yang telah menjalani hemodialisis 2 kali dalam seminggu selama ≥ 2 minggu. Kriteria eksklusi penelitian yaitu pasien dengan indeks karnofsky ≤ 40 . Instrumen pengambilan data menggunakan kuesioner yang terdiri dari bagian A (karakteristik responden), bagian B (kuesioner kecerdasan spiritual) dan bagian C (kuesioner kualitas hidup). Kuesioner kecerdasan spiritual menggunakan kuesioner yang diadopsi dari kuesioner yang dibuat Mawardi tahun 2007. Sedangkan, kualitas hidup menggunakan kuesioner baku yaitu kuesioner WHOQOL-bref. Hasil uji validitas konstruk terhadap 36 item pernyataan kuesioner kecerdasan spiritual, didapatkan hasil 27 pernyataan dinyatakan valid dengan nilai r hitung 0,385 – 0,666 (r hitung $> 0,361$) dan 9 item pernyataan sisanya (item nomer 4, 6, 19, 25, 26, 27, 29, 32, dan 33) dinyatakan tidak valid dengan nilai r hitung $< 0,361$. Hasil dari uji reliabilitas kuesioner kecerdasan spiritual yang diperoleh dari analisa rumus *Chronbach's Alpha* yaitu sebesar 0,912 (reliabel). Sedangkan, hasil uji validitas terhadap 26 item kuesioner WHOQOL-bref oleh Nurchayati (2010), didapatkan hasil nilai r hitung 0,390 sampai dengan 0,798. Sehingga, 26 item pertanyaan dalam kuesioner WHOQOL-bref valid. Hasil uji reliabilitas didapatkan hasil nilai *Chronbach's Alpha* sebesar 0,941 (reliabel). Prosedur pengumpulan data penelitian, peneliti membagikan kuesioner kepada responden dan menjelaskan tata cara pengisian kuesioner. Pengisian kuesioner dilakukan pada jam pertama dilakukan hemodialisis dengan dibantu keluarga. Responden diberikan waktu 15 menit untuk mengisi informasi sesuai data yang tertera dalam kuesioner.

HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden di Unit Hemodialisa RSUD Tugurejo Semarang Bulan Mei 2015 (n=71)

No	Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Jenis Kelamin		
	a. Laki-laki	39	54.9
	b. Perempuan	32	45.1
2	Pendidikan		
	a. Tidak Sekolah	10	14.1
	b. SD	15	21.1
	c. SMP	16	22.5
	d. SMA	24	33.8
	e. D3	2	2.8
	f. S1	4	5.6

3	Status Pernikahan		
a.	Belum Menikah	5	7.0
b.	Menikah	61	86.0
c.	Janda/ Duda	5	7.0
4	Pekerjaan		
a.	Tidak Bekerja	55	77.5
b.	Bekerja	16	22.5
5	Lama Menjalani HD		
a.	< 3 bulan	9	12.7
b.	3 bulan – 1 tahun	24	33.8
c.	1 – 3 tahun	31	43.7
d.	> 3 tahun	7	9.9
6	Tekanan Darah		
a.	Hipotensi (< 120)	1	1,4
b.	Normal (120 - 129)	5	7,0
c.	Pra hipertensi (130 - 140)	7	9,9
d.	HT grade I (140 - 159)	25	35,2
e.	HT grade II (160 - 179)	17	23,9
f.	HT grade III (180 -209)	13	18,3
b.	HT grade IV (> 210)	3	4,2
7	Grade Penyakit GGK		
a.	Grade IV	14	19.7
b.	Grade V	57	80.3

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 39 responden (54,9 %) dan terbanyak memiliki tingkat pendidikan SMA sebanyak 24 responden (33,8 %). Sebagian besar responden sudah menikah sebanyak 61 responden (86,0 %) dan sebanyak 55 responden (77,5 %) tidak bekerja setelah sakit. Selain itu, mayoritas responden telah menjalani hemodialisis selama 1 – 3 tahun sebanyak 31 responden (43,7 %) dan memiliki hipertensi grade I sebanyak 25 responden (35,2 %). Responden yang menjalani hemodialisis sebagian besar dengan derajat penyakit GGK pada grade V sebanyak 57 responden (80,3 %).

Tabel 2. Tendensi Sentral Data Umur Responden di Unit Hemodialisa RSUD Tugurejo Semarang Bulan Mei 2015 (n=71)

	Mean	St. Deviasi	Minimum	Maksimum
Umur	46,73	10,387	23	65

Tabel 2 menunjukkan bahwa umur minimum responden yaitu 23 tahun, sedangkan umur maksimum responden 65 tahun. Rata-rata umur responden yaitu 46,73 tahun dengan standar deviasi (SD) 10,387. Nilai SD 10,387 tersebut menunjukkan data responden bersifat heterogen dan nilai data individu jauh dari nilai *mean*.

2. Tingkat Kecerdasan Spiritual Responden

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecerdasan Spiritual Responden di Unit Hemodialisa RSUD Tugurejo Semarang Bulan Mei 2015 (n=71)

Tingkat Kecerdasan Spiritual	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang	13	18,3
Sedang	46	64,8
Baik	12	16,9
Total	71	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kecerdasan spiritual sedang yaitu sebanyak 46 responden (64,8 %).

3. Tingkat Kualitas Hidup Responden

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Tingkat Kualitas Hidup Responden di Unit Hemodialisa RSUD Tugurejo Semarang Bulan Mei 2015 (N=71)

Tingkat Kualitas Hidup	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang	14	19,7
Sedang	42	59,2
Baik	15	21,1
Total	71	100

Tabel 4 menunjukkan sebagian besar responden memiliki kualitas hidup pada tingkat sedang yaitu sebanyak 42 responden (59,2 %).

4. Hubungan Tingkat Kecerdasan Spiritual dengan Kualitas Hidup Responden

Tabel 5. Hubungan Kecerdasan Spiritual dengan Kualitas Hidup Responden di Unit Hemodialisa RSUD Tugurejo Semarang Bulan Mei 2015 (n=71)

Kec Spiritual	Kualitas Hidup						Total		Nilai p
	Kurang		Sedang		Baik				
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Kurang	13	18,3	0	0	0	0	13	18,3	0,000
Sedang	1	1,4	42	59,2	3	9,7	46	16,9	
Baik	0	0	0	0	12	16,9	12	64,8	
Total	14	19,7	42	59,2	15	21,1	71	100	

Tabel 5 menunjukkan bahwa nilai $p = 0,000$ yang berarti $p < \alpha$ ($\alpha = 0,05$). Sehingga, H_0 ditolak dan H_a diterima, dapat disimpulkan terdapat hubungan antara tingkat kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis di Unit Hemodialisa RSUD Tugurejo Semarang.

PEMBAHASAN

1. Tingkat Kecerdasan Spiritual Responden

Kecerdasan spiritual merupakan kecerdasan jiwa yang membantu seseorang dalam menghadapi masalah, penderitaan dan keputusan. Semakin tinggi tingkat kecerdasan spiritual seseorang, maka akan mudah dalam memaknai hidupnya secara positif dan mampu memaknai setiap peristiwa, masalah dan penderitaan yang dialami (Zohar & Marshal, 2007). Selain itu, seseorang dapat memiliki kemampuan untuk memberi makna ibadah terhadap setiap perilaku dan kegiatan serta berprinsip hanya karena Tuhan (Agustian, 2001).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kecerdasan spiritual pada kategori sedang yaitu sebanyak 46 responden (64,8 %). Kecerdasan spiritual menuntun seseorang untuk memiliki penerimaan diri yang baik terhadap penyakitnya (Prastiwi, 2012). Berdasarkan item kuesioner kecerdasan spiritual yaitu pernyataan positif tentang penerimaan terhadap diri responden setelah sakit, sebesar 64,79 % sudah memiliki penerimaan diri terhadap penyakitnya.

Karakteristik lain yang dapat menunjukkan tingkat kecerdasan spiritual yaitu memiliki kemampuan berpandangan holistik (Zohar & Marshal, 2007). Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebesar 47,89 % yakin bahwa Tuhan memberikan cobaan tidak diluar batas kemampuan manusia. Selain itu, sebesar 46,48 % dapat melihat penyakit sebagai suatu anugerah. Kecerdasan spiritual sedang pada penelitian ini menunjukkan bahwa responden mulai memaknai atau menemukan makna terdalam dari segala sisi kehidupan, baik karunia Tuhan yang berupa kenikmatan maupun ujian. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan sebesar 49,29 % dapat memaknai hidupnya setelah sakit.

Kecerdasan spiritual sedang pada penelitian ini berkaitan dengan lama hemodialisis responden. Semakin lama pasien menjalani hemodialisis maka pasien semakin patuh untuk menjalani hemodialisis karena biasanya responden telah mencapai tahap penerimaan (Nurchayati, 2010). Fase penerimaan sudah dapat dimulai sejak 1 - 2 tahun dari waktu kehilangan atau berduka (Avelin, Radestad, Saflund, Wredling, & Erlandsson, 2013). Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki kecerdasan spiritual sedang berada pada kategori responden dengan lama menjalani hemodialisis selama 1 – 3 tahun yaitu sebanyak 26 responden (36,6 %). Pada periode pertengahan ini responden sudah masuk fase penerimaan. Sehingga, kecerdasan spiritual pada responden mulai berkembang. Selain itu, kecerdasan spiritual sedang pada penelitian ini juga dapat disebabkan karena faktor budaya keagamaan daerah responden (Saeed, Salari, Moadab, & Balasi, 2014).

2. Tingkat Kualitas Hidup Responden

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup dalam kategori sedang yaitu sebanyak 42 responden (59,2 %). Hal ini didukung dengan penelitian Raju (2012) menunjukkan bahwa sebesar 68,3 % pasien yang menjalani hemodialisis memiliki kualitas hidup pada kategori sedang. Selain itu,

penelitian Supriyadi (2011) menunjukkan bahwa sebesar 53,3 % pasien yang menjalani hemodialisis memiliki kualitas hidup sedang.

Pada penelitian ini, kualitas hidup sedang berkaitan dengan lama hemodialisis responden. Responden yang memiliki kualitas hidup sedang sebagian besar berada pada kategori responden yang telah menjalani hemodialisis selama 1 – 3 tahun yaitu sebanyak 22 responden (30,98 %). Sedangkan, responden yang memiliki kualitas hidup kurang berada pada kategori responden yang telah menjalani hemodialisis selama 3 bulan – 1 tahun yaitu sebanyak 6 responden (8,45 %). Hal ini sesuai dengan penelitian Nurchayati (2010), menunjukkan bahwa adanya hubungan lama hemodialisis dengan kualitas hidup ($p = 0,035$). Semakin lama pasien menjalani hemodialisis maka akan merasakan kenyamanan baik secara fisik, psikologi, sosial dan lingkungan (Nurchayati, 2010).

3. Hubungan Tingkat Kecerdasan Spiritual dengan Kualitas Hidup Responden

Hasil analisis menggunakan rumus Chi Square dengan alternatif uji Kolmogorov – Smirnov untuk mengetahui hubungan tingkat kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup pasien GJK yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang, diperoleh hasil nilai $p = 0,000$. Dari hasil tersebut dapat dilihat bahwa nilai $p < \alpha$ ($\alpha = 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa H_a diterima dan H_o ditolak, sehingga ada hubungan antara kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang.

Kecerdasan spiritual dapat meningkatkan motivasi seseorang. Semakin tinggi kecerdasan spiritual seseorang maka semakin tinggi motivasi hidupnya. Motivasi hidup yang baik dapat membantu seseorang mendapatkan makna hidupnya yang baik dan semakin kuat menghadapi permasalahan yang terjadi (Dwijayanto, 2010).

Kecerdasan spiritual juga dapat membantu seseorang dalam memahami tujuan hidupnya dan memperoleh makna hidup yang lebih baik (Suyanto, 2006). Makna hidup yang baik serta pemahaman tujuan hidup yang baik dapat meningkatkan membantu seseorang mempersepsikan kualitas hidupnya lebih baik. Hal ini dikarenakan kualitas hidup sangat erat hubungannya dengan standar hidup, harapan, dan tujuan hidup seseorang (The WHOQoL Group, 1997).

Seseorang yang memiliki kecerdasan spiritual yang baik tidak akan memecahkan persoalan hidup secara emosional dan rasional saja (Agustian, 2001). Seseorang juga dapat menghadapi rasa sakit yang dialami. Selain itu, melalui kecerdasan spiritual yang baik seseorang akan memahami visi dan tujuan hidup yang baik serta berpandangan holistik terhadap setiap kejadian yang terjadi (Zohar & Marshal, 2007).

Salah satu pelayanan rumah sakit yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit terminal yaitu melalui program *palliative care*. Menurut WHO, *palliative care* merupakan pemberian pelayanan yang dapat meningkatkan kualitas hidup bagi pasien yang menghadapi penyakit terminal dan keluarganya (WHO, 2007). Pemberian pelayanan spiritual merupakan salah satu pelayanan dalam program *palliative*

care. Pelayanan spiritual merupakan komponen penting dari pelayanan rumah sakit dan *palliative care nursing* (Baird, 2010; Coyle, 2010).

Pemberian pelayanan spiritual dapat dilakukan melalui konseling spiritual yang dapat meningkatkan kecerdasan spiritual seseorang. Hal yang dapat dilakukan konselor dalam konseling spiritual ini yaitu memberikan dukungan spiritual terhadap penerimaan kesehatan fisik pasien serta memberikan dukungan secara emosional. Proses ini akan menuntun seseorang melakukan perubahan status psikologis yang menekankan pada peningkatan kecerdasan spiritual sebagai kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain dan jalan untuk mendapatkan kepuasan secara personal dan kebahagiaan dalam hidupnya (Lazzari, 2009).

KESIMPULAN DAN SARAN

Sebagian besar tingkat kecerdasan spiritual dan kualitas hidup responden yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang berada pada kategori sedang. Terdapat hubungan antara tingkat kecerdasan spiritual dengan kualitas hidup dengan nilai $p = 0,000$. Diharapkan pasien hemodialisis dapat mencari penguatan diri dengan saling berbagi cerita dengan pasien hemodialisis lain. Bagi perawat dan rumah sakit, diharapkan dapat menerapkan program *palliative care* untuk meningkatkan kualitas hidup pasien hemodialisis dan melakukan konseling spiritual untuk meningkatkan kecerdasan spiritual pasien.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada dosen pembimbing, dosen penguji, pasien yang bersedia menjadi responden, orang tua, keluarga, saudara, dan teman-teman kelas A.11.1 yang terus mendukung dan memberikan motivasi kepada peneliti.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustian, A. G. (2001). *ESQ Berdasarkan 6 Rukun Iman dan 5 Rukun Islam*. Jakarta: Arga.
- Avelin, P., Radestad, I., Saflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental Grief and Relationship After The Loss of a Stillborn Baby. *Midwifery*, (29), 668–673.
- Baird, P. (2010). *Spiritual Care Interventions*. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Bandar, N. F. A., Jani, R., & Karim, M. A. (2013). Psychometric Properties of the WHOQOL-BREF Questionnaire Among Disabled Students in Malaysian Higher Learning Institutions. *Applied Research Quality Life*.
- Coyle, N. (2010). *Introduction to Palliative Nursing Care*. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (3rd ed.). New York: Oxford Press.
- Dwijayanto, F. S. (2010). *Hubungan Kecerdasan Spiritual dengan Motivasi Hidup Orang HIV/AIDS*. Universitas Katolik Soegijapranata Semarang.
- Gallieni, M. (2008). Impaired Brachial Artery Endothelial Flow-Mediated Dilatation and Orthostatic Stress in Hemodialysis Patients. *The International Journal of Artificial Organs*, 1(31), 34–42.

- Hudak, C. M., & Gallo, B. M. (2010). *Keperawatan Kritis: Pendekatan Holistik* (6th ed.). Jakarta: EGC.
- Lazzari, C. (2009). *Spiritual Counseling in Medicine: theories and techniques of counseling during stressful life events, serious illnesses, and palliative care*. USA: iUniverse.
- Mini, A. M., Deepa, A. R., & Aboobacker, S. (2010). Evaluation of Quality of Life in Hemodialysis and Renal Transplant Patients. *J. Pharm & Health Sci*, 1(2), 77–83.
- Nurchayati, S. (2010). *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap dan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas*. Universitas Indonesia.
- Prastiwi, T. F. (2012). Kualitas Hidup Penderita Kanker. *Developmental and Clinical Psychology*, 1(1).
- Raju, R. (2012). A Correlational Study on Quality of Life and Coping Strategy Among Dialysis Patients in Selected Hospital at Mangalora. *Nitte University Journal of Health Science*, 2(4), 8–11.
- Saeed, A. N., Salari, A., Saeed, A. N., Moadab, F., & Balasi, L. R. (2014). Spiritual Intelligence and Its Related Factors in Patients with Ischemic Heart Disease. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 1(3), 49–54.
- Sreejitha, N. S., Devi, K. S. G., Deepa, M., Narayana, G. L., Anil, M., Rajesh, R., ... Unni, V. N. (2012). The Quality of Life of Patients on Maintenance Hemodialysis and Those Who Underwent Renal Transplantation. *Amrita Journal of Medicine*, 8, 14-18.
- Supriyadi. (2011). Tingkat Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Terapi Hemodialisis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(2), 107–112.
- Suwitra, K. (2006). *Penyakit Ginjal Kronik: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I* (IV). Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Suyanto, M. (2006). *15 Rahasia Mengubah Kegagalan Menjadi Kesuksesan dengan Kecerdasan Spiritual* (1st ed.). Yogyakarta: Andi Offset.
- Tasmara, T. (2006). *Kecerdasan Ruhaniah (Trancedental Intelligence)*. Jakarta: Gema Insani.
- The WHOQoL Group. (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life. Retrieved February 8, 2015, from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- WHO. (2007). *Palliative Care* (5th ed.). Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Zoccali, C., Kramer, A., & Jager, K. J. (2009). Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease—a Review Produced to Contribute to The Report “The Status of Health in The European Union: Towards a Healthier Europe.” *Clinical Kidney Journal*, 3(3), 213–224.
- Zohar, D., & Marshal, I. (2007). *SQ Kecerdasan Spiritual*. Bandung: Mizan Pustaka.

PENGARUH HIPNOTHERAPI TERHADAP PENURUNAN TINGKAT NYERI DAN KECEMASAN PADA PASIEN KEMOTERAPI

Anna Jumatul Laely, Sri Harmini S, SKp, M.Kep, Dr.dr Mexitalia S, SpA(K)

RSUP dr Kariadi Semarang
Jl. Dr Sutomo no. 16 Semarang

ABSTRAK

Latar belakang : Permasalahan paling umum yang dikeluhkan pasien yang menjalani kemoterapi adalah timbulnya rasa nyeri dan kecemasan. Intervensi mandiri keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri dan kecemasan pasien yaitu dengan melakukan hipnosis. Hipnoterapi merupakan metode terapi non farmakologis yang efektif untuk mengurangi tingkat nyeri dan kecemasan pasien yang sedang menjalani kemoterapi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh hipnoterapi terhadap penurunan tingkat nyeri dan kecemasan pada pasien yang sedang menjalani kemoterapi di RSUP Dokter Kariadi Semarang.

Metode : Desain penelitian *pre eksperimental pre-test and post-test design*. Sampel yang digunakan sejumlah 30 responden yang sedang menjalani kemoterapi. Sampel diambil secara *purposive sampling*. Kriteria inklusi yang diambil adalah pasien dewasa, mempunyai daya focus dan sugestivitas yang tinggi, dan tidak mengalami keadaan panik.. Instrumen untuk mengukur tingkat nyeri dan cemas pada responden dengan menggunakan VAS (Visual Analog Scale). Penelitian dilakukan di ruang rawat inap. Analisa data dilakukan secara univariat dan bivariate dengan uji hipotesis menggunakan Wilcoxon sign rank test.

Hasil penelitian : Skala rata-rata tingkat nyeri sebelum diberikan hipnoterapi yaitu 5,1 dengan skala nyeri terbesar pada angka 9, sesudah dilakukan hypnoterapi skala nyeri rata-rata menjadi 3,5 dengan skala terendah pada angka 1. Skala rata-rata tingkat kecemasan pasien kemoterapi sebelum diberikan hipnoterapi yaitu 61,67 dengan skala terbesar pada angka 90, sesudah dilakukan hypnoterapi skala tingkat kecemasan rata-rata 36,33 dengan skala penurunan sampai dengan angka 20. Berdasarkan hasil uji *wilcoxon sign rank test* menunjukkan ada pengaruh yang signifikan hypnoterapi terhadap penurunan tingkat nyeri (*p value* = 0.00) dan tingkat kecemasan (*p value* = 0.00).

Kesimpulan : Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan perawat dan rumah sakit dapat menjadikan metode hipnoterapi sebagai salah satu intervensi keperawatan untuk mengurangi nyeri dan kecemasan pada pasien *paliatif care*.

Kata Kunci : Hipnoterapi, Nyeri, Cemas, Kemoterapi.

PENDAHULUAN

Akreditasi rumah sakit merupakan standar yang dapat dijadikan acuan bagi seluruh rumah sakit dan stake holder yang terkait didalamnya guna peningkatan mutu pelayanan. Dalam proses akreditasi ini, salah satu standar penilaian adalah bagaimana rumah sakit memberikan pelayanan terhadap pengelolaan rasa nyeri pasien. Rasa nyeri merupakan permasalahan paling umum yang dikeluhkan para pasien kanker dengan kemoterapi. Pasien yang menjalani kemoterapi, biasanya juga akan mengalami gangguan psikologis berupa

kecemasan. Untuk mengatasi nyeri dan kecemasan pasien dapat dilakukan tindakan kolaboratif dan tindakan mandiri keperawatan. Tindakan mandiri yang dapat dilakukan oleh seorang perawat dalam pengelolaan nyeri pasien adalah dengan cara manajemen nyeri melalui relaksasi, *guided imagery*, terapi musik, distraksi, hipnosis dan lain-lain. (Mc. Closkey dan Bulechek, 2000). Terapi jenis ini dikategorikan terapi psikologis yang bisa membantu pasien untuk mengurangi rasa cemas, tegang dan takut yang ditimbulkan oleh nyeri akibat obat kemoterapi. Metode hipnosis atau biasa disebut hipnoterapi, dapat dilakukan oleh semua orang termasuk perawat. Berdasarkan beberapa penelitian hipnoterapi terbukti mampu membuat dan merangsang kekuatan pikiran ke tingkat potensial teroptimalnya dalam menyembuhkan tubuh dan membebaskannya dari penyakit, termasuk mengurangi atau membebaskan rasa nyeri dan kecemasan. Pikiran setiap orang terbukti dapat membuat kondisi kesehatannya membaik atau memburuk, tergantung kepada kekuatan pikir seseorang berikut intervensi medis yang telah diterapkan dokter untuk mewujudkan tujuan sembuhnya (*HipnoterapisKlinis/Medis*, <http://sites.google.com/site/untunghypnotherapy>). Keuntungan hipnoterapi yang lain adalah murah, mudah, tanpa efek samping, dan holistic approach.

Dari beberapa alasan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Adakah pengaruh Hypnoterapi terhadap Penurunan Tingkat Nyeri dan Kecemasan pada Pasien yang mendapatkan kemoterapi.

Tujuan umum penelitian adalah untuk mengetahui pengaruh hipnoterapi relaksasi dalam pengelolaan nyeri dan kecemasan pada pasien kemoterapi. Sedangkan tujuan khususnya adalah untuk mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi nyeri dan kecemasan pada pasien yang menjalani kemoterapi, mengidentifikasi tingkat nyeri dan kecemasan pasien kemoterapi dan menganalisis pengaruh hipnoterapi terhadap tingkat nyeri dan kecemasannya tersebut.

METODE

Desain penelitian adalah penelitian pre eksperimental dengan menggunakan pre dan post test design. Pada penelitian ini pre eksperimen atau intervensi hanya dilakukan satu kali terhadap subyek. Teknik sampling yang digunakan peneliti adalah *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi pasien dewasa berumur 18-70 tahun, mempunyai daya fokus dan sugestifitas yang tinggi, tidak ada gangguan pendengaran dan penglihatan, tidak ada kelainan jiwa atau keadaan panik, dengan jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 30 orang. Penelitian dilakukan di ruang rawat inap.

Instrumen penelitian yang digunakan untuk menilai tingkat nyeri dan kecemasan peneliti akan menggunakan *Visual Analog Scale* (VAS). Skala VAS untuk nyeri dari angka 0-10, sedangkan untuk cemas dari angka 0-100. Untuk proses hipnoterapi, peneliti bertindak sebagai terapis dengan menggunakan pendulum sebagai alat bantu.

Analisa yang digunakan yaitu analisa univariat dan analisa bivariat. Analisa univariat mendiskripsikan data tingkat nyeri dan kecemasan pasien sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi. Sedangkan analisa bivariat menganalisa pengaruh hipnoterapi pada pasien kemoterapi. Berdasarkan hasil uji kenormalan data Kolmogorov Smirnov menunjukkan bahwa sebaran data tingkat nyeri pada data *pre test* diperoleh hasil *sig* $0,00 < 0,05$ sedangkan pada data

post test diperoleh hasil *sig* 0,00<0,05, hal ini menunjukkan bahwa data distribusi tidak normal. Begitu pula untuk sebaran data tingkat kecemasan, pada data *pre test* diperoleh hasil *sig* 0,020<0,05 dan data *post test* hasil *sig* 0,00<0,05 yang menunjukkan bahwa data juga berdistribusi tidak normal. Oleh sebab itu uji hipotesis menggunakan Wilcoxon sign rank test. Dari aspek legal etik, penelitian telah mendapatkan persetujuan dari komisi etik penelitian kesehatan fakultas kedokteran UNDIP No.394/EC/FK/RSDK/2012.

HASIL PENELITIAN

Tabel .1
Karakteristik Responden Pasien Kanker Dengan Kemoterapi di RSUP Dokter Kariadi
Semarang bulan November-Desember 2012 (n = 30)

Karakteristik	Jumlah	Prosentase
Usia (tahun)		
18-40	1	3,3
41-60	23	76,7
61-70	6	20
Jenis kelamin		
Perempuan	25	83,3
Laki-laki	5	16,7
Pendidikan		
SD	3	10
SMP	3	10
SMA	11	36,7
Sarjana	13	43,3
Pekerjaan		
Pegawai	15	50
Wiraswasta	3	10
Tdk Bekerja/Pensiunan	12	40
Status Perkawinan		
Menikah	28	93,3
Janda/duda	2	6,7
Ceraai	0	0
Kemoterapi yang ke		
1-3	10	33,3
4-6	16	53,3
7-9	4	13,4

Berdasarkan tabel 1 diatas, usia terbanyak dari responden adalah usia dewasa pertengahan dengan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan. Latar belakang pendidikan terbesar dari responden adalah sarjana pekerjaan sebagai pegawai atau pensiunan. Sebagian besar responden masih berstatus menikah dan sedang menjalani kemoterapi dengan siklus yang bervariasi,

Tabel .2
Tingkat nyeri pasien kemoterapi di RSUP Dr Kariadi Semarang sebelum dilakukannya Hypnoterapi

Tingkat Nyeri	Jumlah	Prosentase	Cumulative prosentase
Nyeri Berat	5	16,7	16,7
Nyeri Sedang	20	66,7	83,3
Nyeri Ringan	5	16,7	100
Total	30	100	

Berdasarkan tabel 2 diatas nyeri terbesar yang dirasakan oleh pasien kemoterapi adalah nyeri sedang dengan prosentase 66,7% .

Tabel 3
Tingkat nyeri pasien kemoterapi di RSUP Dr Kariadi Semarang sesudah dilakukannya Hypnoterapi

Tingkat Nyeri	Jumlah	Prosentase	Cumulative prosentase
Nyeri Berat	1	3,3	3,3
Nyeri Sedang	12	40,0	43,3
Nyeri Ringan	17	56,7	100
Total	30	100	

Berdasarkan tabel 3 diatas terjadi penurunan nyeri yang signifikan oleh pasien kemoterapi setelah perlakuan hipnoterapi yaitu sebesar 56,7% sudah berada pada nyeri ringan.

Tabel .4
Tingkat cemas pasien kemoterapi di RSUP Dr Kariadi Semarang sebelum dilakukannya Hypnoterapi

Tingkat cemas	Jumlah	Prosentase	Cumulative prosentase
Cemas Berat	5	16,7	16,7
Cemas Sedang	22	73,3	90
Cemas Ringan	3	10	100
Total	30	100	

Berdasarkan tabel 4. diatas cemas terbesar yang dirasakan oleh pasien kemoterapi adalah cemas sedang dengan prosentase 73,3% . Skala cemas terendah sebelum perlakuan adalah 40 dan skala cemas terbesar adalah 90

Tabel 5
Tingkat cemas pasien kemoterapi di RSUP Dr Kariadi Semarang setelah dilakukannya Hypnoterapi

Tingkat cemas	Jumlah	Prosentase	Cumulative prosentase
Cemas Berat	0	0	0
Cemas Sedang	7	23,3	23,3
Cemas Ringan	23	76,7	100
Total	30	100	

Tabel 5 diatas menunjukkan bahwa cemas yang dirasakan oleh pasien kemoterapi setelah dilakukan perlakuan adalah terjadi penurunan kecemasan pasien menuju cemas ringan sebanyak 76,7% dan tidak ada lagi pasien yang mengalami cemas berat.

Uji *wilcoxon sign rank test* menunjukkan p value = $0.00 < 0.05$, yang berarti bahwa ada pengaruh yang signifikan hypnoterapi terhadap penurunan tingkat nyeri dan kecemasan.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian terhadap karakteristik responden, faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri dan kecemasan pada pasien kemoterapi adalah faktor jenis kelamin dan pekerjaan. Hal ini diperkuat oleh hasil penelitian yaitu responden terbanyak berjenis kelamin perempuan (83,3%) dan sebagian besar masih aktif bekerja (60%). Stuart (2006) menyatakan bahwa gangguan kecemasan lebih sering terjadi pada perempuan dibandingkan pada laki-laki. Potter dan Perry (2006) menyebutkan bahwa kelelahan yang ditimbulkan oleh pekerjaan apapun akan semakin memberatkan persepsi diri terhadap rasa nyeri yang dialami seseorang. Sedangkan untuk faktor usia, latar belakang pendidikan, status perkawinan dan banyaknya responden menjalani kemoterapi tidak berpengaruh pada respon seseorang terhadap nyeri dan kecemasan, nyeri dan kecemasan lebih bersifat subyektif.

Pengalaman responden terhadap jumlah tindakan kemoterapi yang telah dijalani tidak berpengaruh banyak terhadap tingkat kecemasan yang dialaminya, dimana sebagian besar responden sudah menjalani kemo siklus ke 4-6 dari beberapa siklus yang direncanakan. Hal ini berbeda dengan pernyataan Kaplan dan Sadock (1997) bahwa kecemasan yang terjadi pada pasien kemoterapi disebabkan oleh pengalaman awal pasien dalam pengobatan. Pengalaman awal ini sebagai bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari.

Berdasarkan wawancara yang tidak terstruktur yang dilakukan peneliti dengan responden, beberapa responden mengeluhkan nyeri pada tenggorokan, nyeri saat batuk atau nyeri pinggang atau tulang belakang, berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang sudah terjadi penyebaran pada daerah tersebut. Sedangkan untuk rasa cemas, sebagian besar responden menyatakan bahwa rasa cemas mereka lebih disebabkan karena efek samping dari pemberian kemoterapi seperti mual, muntah diare dan kurangnya nafsu makan. Kondisi-kondisi inilah yang membuat daya tubuh mereka semakin melemah, sehingga harus melakukan rawat inap beberapa hari untuk perbaikan keadaan umum sebelum masuk kemoterapi selanjutnya. Hal ini

sesuai dengan pernyataan dari Gale dan Charrette (2000) bahwa akibat dari dampak yang tidak diinginkan atau dampak yang tidak menguntungkan dari pemberian kemoterapi, pasien akan mengalami gangguan atau kelelahan fisik sehingga akan lebih mudah mengalami stress atau kecemasan. Selain itu, kesehatan umum seseorang seperti kondisi penderita kanker sangat berhubungan nyata sebagai predisposisi terhadap kecemasan (Ibrahim, 2003).

Skala tingkat nyeri pasien kemoterapi sebelum diberikan hypnoterapi rata-rata yaitu 5,1 dengan skala nyeri terbesar yaitu pada angka 9, sesudah dilakukan hypnoterapi skala nyeri rata-rata menjadi 3,5 dengan skala terendah pada angka 1. Dapat dilihat bahwa terjadi penurunan yang signifikan terhadap tingkat nyeri pasien kemoterapi setelah dilakukannya hypnoterapi.

Untuk kecemasan, hasil penelitian menunjukkan skala tingkat kecemasan pasien kemoterapi sebelum diberikan hypnoterapi rata-rata yaitu 61,67 dengan skala kecemasan terbesar yaitu pada angka 90, sesudah dilakukan hypnoterapi skala tingkat kecemasan rata-rata 36,33 dengan skala penurunan sampai dengan angka 20. Dapat dilihat bahwa terjadi penurunan yang signifikan terhadap intensitas kecemasan pasien yang sedang menjalani kemoterapi sesudah dilakukannya hypnoterapi.

Berdasarkan uji hipotesis terdapat pengaruh hipnoterapi terhadap penurunan tingkat nyeri dan kecemasan pada pasien kemoterapi. Hal ini berarti metode hypnoterapi merupakan tindakan non farmakologis yang sangat efektif dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri dan kecemasan yang dirasakan oleh pasien yang sedang menjalani kemoterapi. Hypnoterapi menstimulir otak untuk melepaskan neurotransmitter, zat kimia yang terdapat di otak, encephalin dan endorfin yang berfungsi untuk meningkatkan *mood* sehingga dapat merubah penerimaan individu terhadap sakit atau gejala fisik lainnya, zat ini juga akan membuat seseorang menjadi lebih rileks, sehingga ketegangan otot akan menurun, cemas berkurang (Potter dan Perry, 2006).

SIMPULAN

Tingkat nyeri dan kecemasan pasien yang sedang menjalani kemoterapi lebih cenderung pada tingkat sedang dan berat, hanya sebagian kecil pasien yang mengalami nyeri ringan dan cemas ringan. Hal ini dimungkinkan karena pasien dengan kanker akan mengalami nyeri kronik dan kecemasan yang menetap berhubungan dengan rangkaian program tindakan yang akan dilakukan.

Beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat nyeri dan kecemasan pasien yang sedang menjalani kemoterapi berasal dari faktor internal dan eksternal. Faktor-faktor tersebut antara lain adalah jenis kelamin, jenis pekerjaan pasien, tindakan kemoterapi dan efek sampingnya serta komplikasi dari kanker itu sendiri.

Metode Hypnoterapi merupakan tindakan non farmakologis yang sangat efektif dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri dan kecemasan yang dirasakan oleh pasien yang sedang menjalani kemoterapi. Hypnoterapi dapat dikembangkan sebagai metode perawatan paliatif pada pasien kondisi terminal.

Keterbatasan yang ada dalam penelitian ini adalah peneliti hanya melakukan satu kali tindakan hypnoterapi terhadap pasien, sehingga efektifitas sugesti hanya dirasakan oleh pasien

saat itu juga setelah dilakukannya hipnoterapi, oleh sebab itu rekomendasi untuk penelitian selanjutnya untuk mendapatkan perubahan perilaku atau efek yang lebih lama hipnoterapi harus dilakukan minimal 2 kali.

DAFTAR PUSTAKA

- Ibrahim, AS (2003). *Panik Neurosis dan Gangguan Cemas*. Jakarta: Dua As-As. Jakarta
- Dahlan, Sopiudin (2004). *Statistic Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Gale, D & Charette J. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Onkologi*, alih bahasa I Made Kasiasa. Jakarta:EGC
- Gayatri, D (2003). *Peluang Ketahanan Hidup 5 Tahun Pasien Kanker Serviks di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo & RSK Dharmais*, Jurnal Keperawatan Indonesia.
- Hakim, A (2010). *Hypnotherapi cara Cepat dan Tepat mengatasi Stress, Fobia, Trauma dan Gangguan Mental Lainnya*. Jakarta: Transmedia Pustaka.
- HipnoterapisKlinis/Medis*, <http://sites.google.com/site/untunghypnotherapy>
- Kaplan J.B & Saddock T.C (1997). *Sinopsis Psikiatri ; Ilmu Pengetahuan Perilaku dan Psikiatri Klinis*. Edisi ketujuh. Jakarta: Binapura Aksara.
- Khoirul Umam (2012). *Efektifitas Hipnoterapi terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Pasca Operasi Bedah Mayor Abdomen di RSUP DR Kariadi Semarang*. Skripsi. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang. Tidak dipublikasikan.
- Long B.C (1996). *Perawatan Medikal Bedah; suatu Pedoman Proses Keperawatan 2*. Bandung: Yayasan IAPK.
- Mc Closkey, C.Joanne and Bulechek (2000). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Third edition. United State of America: Mosby, Inc.
- Nurachmah, E. (1999). *Dampak Kanker Payudara dan Pengobatannya terhadap Aspek Bio-Psiko-Sosio-Spiritual Klien yang Berpartisipasi dalam Kelompok Pendukung*. Jurnal Keperawatan Indonesia Vol II. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Potter & Perry (2006). *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*, (Edisi 4). Jakarta:EGC.
- Nursalam (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan; Pedoman skripsi, tesis dan Instrumen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN SINDROM KORONER AKUT (SKA) DI RSUD TUGUREJO SEMARANG

Siskha Luthfiyaningtyas¹⁾, Ahmat Pujiyanto²⁾

- 1) Mahasiswa Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (email: siskhaluthfiya01@gmail.com)
- 2) Dosen Departemen Keperawatan Dewasa Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (email: fijaytrangkil@gmail.com)

ABSTRAK

Pasien dengan sindrom koroner akut (SKA), selain mengalami masalah fisik, juga akan mengalami masalah psikologis, diantaranya cemas, stres, dan depresi. Salah satu masalah psikologis yang dialami pasien SKA adalah kecemasan. Kecemasan pada penderita SKA apabila tidak teratasi dapat mempengaruhi kondisi dan kualitas hidup pasien. Dukungan keluarga merupakan salah satu aspek penting untuk mengatasi kecemasan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien dengan sindrom koroner akut. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif non eksperimen dengan desain deskriptif korelasional dan pendekatan *cross sectional*, yang melibatkan 70 pasien SKA di RSUD Tugurejo Semarang dengan teknik total sampling dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Instrumen pengambilan data menggunakan kuesioner yang dikembangkan peneliti untuk dukungan keluarga dan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) untuk mengukur kecemasan pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 64,3% pasien SKA yang memiliki dukungan keluarga tinggi berada pada tingkat kecemasan ringan. Hasil analisis menggunakan uji *Chi Square*, menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan dengan nilai $p = 0,000$ ($\alpha = 0,05$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa, semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien maka semakin rendah tingkat kecemasannya. Keluarga perlu dilibatkan dalam proses perawatan pasien sebagai upaya mengurangi kecemasan pada pasien.

Kata Kunci : Dukungan Keluarga, Tingkat Kecemasan, Sindrom Koroner Akut

PENDAHULUAN

Sindrom koroner akut (SKA) menurut Shiel (2008) adalah suatu kondisi yang melibatkan ketidaknyamanan dada atau gejala lain yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara kebutuhan dengan suplai oksigen ke otot jantung (miokardium). SKA merupakan penyakit jantung koroner yang menjadi penyebab utama kematian di dunia. *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2011 mencatat lebih dari 7 juta orang di seluruh dunia meninggal akibat SKA. Penyakit ini menjadi penyebab utama kematian di Indonesia dan memiliki prevalensi sebesar 9,2% pada tahun 2007. Berdasarkan laporan dari rumah sakit dan puskesmas (Riset Kesehatan Dasar/Riskesdas, 2013), prevalensi kasus penyakit SKA di Jawa Tengah mengalami peningkatan dari 0,09% pada tahun 2006 menjadi 0,10% pada tahun 2007, dan 0,11% pada

tahun 2008. Prevalensi sebesar 0,11% berarti setiap 10.000 orang terdapat 11 orang penderita SKA.

Pada pasien SKA, selain masalah pada fisik, akan timbul juga masalah psikologis, yaitu cemas, stres, dan depresi (Ratcliffe & MacLeod, 2006). Salah satu masalah psikologis yaitu kecemasan pada pasien SKA masih kurang mendapat perhatian meskipun prevalensinya cenderung tinggi. Pasien SKA dengan tingkat kecemasan yang berat meningkatkan resiko kejadian penyakit jantung lainnya (komplikasi) dibandingkan pasien SKA dengan tingkat kecemasan lebih rendah (Benninghoven dkk., 2006). Pada pasien SKA dapat mengalami kecemasan. Kecemasan tersebut bervariasi dari kecemasan ringan sampai dengan kecemasan berat. Kecemasan yang dialami pasien memiliki beberapa alasan, diantaranya: cemas akibat sesak nafas, cemas akan kondisi penyakitnya, cemas dan takut akan kematian, serta merasa tidak berdaya dari nyeri hebat yang dialami (Coffman, 2008). Selama ini yang menjadi acuan utama dalam pemberian tindakan keperawatan oleh perawat adalah keluhan fisik tanpa melihat secara komprehensif faktor psikologi dan sosial pasien. Intervensi keperawatan dengan melibatkan peran keluarga dalam proses perawatan sangatlah penting.

Dukungan dari keluarga merupakan faktor penting seseorang ketika menghadapi masalah (kesehatan) dan sebagai strategi preventif untuk mengurangi cemas, meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fumagalli & Sims (2006) menyatakan bahwa kunjungan keluarga tidak hanya memperbaiki fungsi kardiovaskular tetapi juga mengurangi kecemasan dan mencegah terjadinya komplikasi kardiovaskular pada pasien SKA dengan cara menurunkan tekanan darah dan denyut jantung. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Schulte, Burrell, & Gueldner, (2012) yang menunjukkan bahwa dengan dukungan anggota keluarga dapat menurunkan kecemasan pasien, kegelisahan, lama waktu rawat di rumah sakit, dan risiko komplikasi jantung.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Tugurejo Semarang didapatkan hasil bahwa jumlah pasien SKA pada tahun 2014 yang menjalani rawat jalan terdapat 1691 kasus, IGD 57 kasus, dan rawat inap 685 kasus. Sedangkan pada bulan Januari - Juli 2015 didapatkan hasil bahwa pasien dengan SKA yang menjalani rawat inap 449 kasus, rawat jalan 1087 kasus, dan IGD 204 kasus. Dari hasil wawancara yang dilakukan pada perawat RSUD Tugurejo Semarang, mereka mengatakan bahwa pasien yang datang dengan kasus jantung kebanyakan mengalami kecemasan, kebanyakan dari mereka mengalami kecemasan ringan hingga panik. Berdasarkan fenomena di atas mengenai kecemasan dan dukungan keluarga pada pasien SKA maka peneliti merumuskan untuk meneliti mengenai “hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut di RSUD Tugurejo Semarang”.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif non-eksperimental dengan desain deskriptif korelasional yang menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien SKA di RSUD Tugurejo Semarang pada Bulan Januari 2016. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 70 orang. Kriteria

inklusi dalam penelitian ini antara lain: pasien dengan GCS 15, berusia antara 18-60 tahun, bisa membaca dan menulis, tinggal dengan keluarga. Sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah: pasien yang mengalami penurunan kesadaran saat pengambilan data, terjadi penurunan kondisi (mual, muntah, tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, nyeri, lemas, dll) saat pengambilan data. Penelitian ini menggunakan dua kuesioner untuk pengambilan data yaitu kuesioner dukungan keluarga yang dikembangkan oleh peneliti dan kuesioner tingkat kecemasan menggunakan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) dari Max Hamilton (1959). Kuesioner dukungan keluarga telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dan didapatkan hasil sebanyak 24 item pertanyaan dinyatakan valid. Nilai *alpha cronbach* dari kuesioner dukungan keluarga adalah 0.901 dengan *r* hitung 0,424–0,793, *r* tabel 0,361. Data dari pengisian kuesioner yang telah terkumpul dianalisis univariat dan bivariat dengan bantuan program komputer.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Data Demografi Responden di RSUD Tugurejo Semarang Bulan Januari 2016 (n=70)

No.	Data Demografi	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Jenis Kelamin		
	a. Laki-laki	50	71,4
	b. Perempuan	20	28,6
2	Umur Responden		
	a. 18-25 tahun (Remaja akhir)	0	0
	b. 26-35 tahun (Dewasa awal)	2	2,9
	c. 36-45 tahun (Dewasa akhir)	7	10
	d. 46-55 tahun (Lansia awal)	30	42,9
	e. 55-65 tahun (Lansia akhir)	31	44,3
3	Pekerjaan		
	a. Tidak bekerja	14	20
	b. Petani	13	18,6
	c. Buruh serabutan	9	12,9
	d. Karyawan	6	8,6
	e. PNS	12	17,1
	f. TNI/POLRI	3	4,3
	g. Wiraswasta	13	18,6
4	Pendidikan		
	a. SD	12	17,1
	b. SMP	19	27,1
	c. SMA	23	32,9
	d. Perguruan Tinggi	16	22,9
5	Penyakit Penyerta Lain		
	a. Tidak ada/Tidak tahu	29	41,4
	b. Diabetes	12	17,1

	c. Hipertensi	18	25,7
	d. Ginjal	3	4,3
	e. Lain-lain	8	11,4
6	Ruang	17	24,3
	a. IGD	21	30
	b. Rawat Inap	32	45,7
	c. Poliklinik		

Gambaran Dukungan Keluarga pada Pasien SKA di RSUD Tugurejo Semarang

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga pada Pasien Sindrom Koroner Akut di RSUD Tugurejo Semarang Bulan Januari 2016 (n=70)

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Rendah	33	47,1
Tinggi	37	52,9
Jumlah	70	100

Gambaran Tingkat Kecemasan pada Pasien SKA di RSUD Tugurejo Semarang

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan pada Pasien Sindrom Koroner Akut di RSUD Tugurejo Semarang Bulan Januari 2016 (n=70)

Tingkat Kecemasan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tidak ada kecemasan	21	30
Kecemasan ringan	28	40
Kecemasan sedang	19	27,1
Kecemasan berat	2	2,9
Jumlah	70	100

Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien SKA di RSUD Tugurejo Semarang

Tabel 4. Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Sindrom Koroner Akut di RSUD Tugurejo Semarang Bulan Januari 2016(n=70)

Dukungan Keluarga	Kecemasan				Total	Pvalue
	Tidak ada Kecemasan	Ringan	Sedang	Berat		
Rendah N	5	8	18	2	33	0,000
%	15,2	24,2	54,5	6,1	100	
Tinggi N	16	20	1	0	37	
%	43,2	54,1	2,7	0	100	
Jumlah N	21	28	19	2	70	
%	30	40	27,1	2,9	100	

Tabel 5. Hasil Penggabungan Sel Uji *Chi Square* Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien SKA di RSUD Tugurejo Semarang Bulan Januari 2016 (n=70)

Dukungan Keluarga	Tingkat Kecemasan				Total		<i>P value</i>
	Tidak cemas – ringan		Cemas sedang – berat				
	F	%	F	%	F	%	
Rendah	13	39,4	20	60,6	33	100	0,000
Tinggi	36	97,3	1	2,7	37	100	
Total	49	70	21	30	70	100	

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa sebagian besar (52,9%) pasien SKA di RSUD Tugurejo Semarang memiliki dukungan keluarga tinggi, namun terdapat beberapa sumber dukungan yang kurang dipenuhi oleh keluarga pasien. Masih terdapat 4,6% responden yang menjawab keluarga tidak mengetahui penyakit yang diderita, sebesar 24,3% responden menjawab keluarga membawa responden berobat hanya saat kondisi responden menurun, dan sebesar 7,1% responden menjawab keluarga tidak pernah mengingatkan untuk meminum obat. Berdasarkan teori sumber dukungan yang ada dapat dilakukan oleh keluarga kepada anggota keluarga yang sakit yaitu dengan cara mengenal penyakit yang diderita anggota keluarga (Lina, 2013). Keluarga dapat saling membantu untuk memberikan perawatan, anggota keluarga yang mampu dalam hal ekonomi sehingga dapat memodifikasi rumah dan lingkungan, serta memberikan motivasi pada pasien sindrom koroner akut dalam menjalankan terapi.

Pada pasien SKA bentuk dukungan yang diperlukan yaitu berupa dukungan moril dan materiil (Muro, 2008). Dukungan diberikan untuk mengurangi perasaan sedih, lemah, tidak berdaya, yang umumnya dialami oleh pasien SKA. Bentuk dukungan moril yang dapat diberikan yaitu berupa kasih sayang dan perhatian. Sedangkan bentuk dukungan materiil dapat berupa menyediakan dana, transportasi, makanan, dll. Pemberian dukungan baik moril dan materiil dapat menumbuhkan motivasi, meningkatkan harga diri, rasa percaya diri pada pasien SKA dalam menghadapi penyakitnya. Adanya persepsi diri yang positif, motivasi untuk mau melakukan perubahan gaya hidup, memiliki sumber dana yang cukup untuk menunjang proses perubahan pasien SKA perlu adanya dukungan keluarga sehingga dapat menunjang keberhasilan pasien dalam mencegah keparahan SKA (Indrawati, 2014).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebanyak 21 responden (30%) berada pada kategori tidak ada kecemasan, 28 responden (40%) berada pada kategori tingkat kecemasan ringan, 19 responden (27,1%) berada pada kategori tingkat kecemasan ringan, dan sebanyak 2 responden (2,9%) berada pada kategori tingkat kecemasan berat.

Tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut bervariasi dari kecemasan ringan sampai dengan kecemasan berat. Kecemasan yang dialami pasien sindrom koroner akut

mempunyai alasan diantaranya: cemas akibat sesak nafas, cemas akan kondisi penyakitnya, cemas jika penyakitnya tidak kunjung sembuh dan cemas takut akan kematian (Ihdayati, Atina,& Arifah, 2009). Kecemasan ini disebabkan oleh beberapa faktor seperti: usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, kondisi medis (diagnosa penyakit), dan dukungan keluarga. Sebagian besar responden yang dilibatkan dalam penelitian ini berusia 46-55 tahun. Menurut Roest (2010) rentang umur yang mengalami kecemasan pada penderita infark miokard yaitu 38-72 tahun. Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering terjadi pada usia dewasa. Sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki latar belakang pendidikan perguruan tinggi. Menurut Roest dan Zuidersma (2012) tingkat pendidikan tidak memiliki pengaruh yang signifikan pada tingkat kecemasan pasien infark miokard.

Sebagian besar dukungan keluarga pada penelitian ini berada pada kategori dukungan keluarga tinggi. Dengan adanya dukungan diharapkan pasien SKA akan merasa senang dan tenang, karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan baik (Lina, 2013). Dukungan yang dapat diberikan keluarga pada pasien SKA dapat berupa moril dan materil. Bentuk dukungan moril berupa nasehat, perhatian, kasih sayang. Dukungan materil dari keluarga berupa uang, makanan yang sesuai anjuran dokter, obat-obatan yang dibutuhkan, dan transportasi (Lindsay, Smith, & Hanlon, 2007).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 18 responden (54,5%) yang memiliki dukungan keluarga yang rendah berada pada kategori kecemasan yang sedang, sedangkan 16 responden (43,2%) yang memiliki dukungan keluarga tinggi berada pada kategori tidak ada kecemasan. Berdasarkan hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji *chi square continuity correlation* pada tabel 2 x 2 didapatkan hasil *p value* 0,000 ($p < 0,05$) yang berarti bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien SKA di RSUD Tugurejo Semarang. Semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan pada pasien sindrom koroner akut akan menyebabkan tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut semakin ringan.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Badar dan Mawaddah (2013) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien fraktur di ruang rawat inap RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Dewi Utami dan Anisa Andriyanti (2013) yang mengatakan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga terhadap tingkat kecemasan kemoterapi pada pasien kanker serviks di RSUD Dr. Moewardi.

Dukungan keluarga sangat diperlukan untuk setiap anggota keluarga yang sakit. Dukungan keluarga merupakan suatu dorongan, motivasi, bantuan baik psikis maupun material yang diberikan dari keluarga kepada pasien atau anggota keluarga yang sakit (Utami dan Andriyanti, 2013). Dukungan keluarga yang adekuat diharapkan menurunkan kecemasan pasien, sehingga pasien bisa fokus pada pengobatan dan kesembuhannya. Pasien dengan dukungan keluarga yang tinggi akan membuat pasien merasa lebih tenang dan nyaman dalam menjalani pengobatan (Friedman dalam Effendy, 2009). Dukungan keluarga juga menjadi faktor eksternal yang mempengaruhi tingkat kecemasan seorang pasien dalam menjalani pengobatan. Dukungan keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan keluarga yang

berarti bahwa anggota keluarga selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Lutfa, 2008). Dukungan keluarga yang besar kepada responden, secara psikologis dapat menambah semangat hidup bagi responden yang dapat berdampak pada tingkat kecemasan yang rendah. Dukungan yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga yang sakit dapat berupa dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan emosional, sehingga dengan adanya dukungan keluarga yang tinggi maka tingkat kecemasan pasien sindrom koroner akut yang menjalani perawatan akan semakin rendah bahkan tidak mengalami kecemasan sama sekali (Utami dan Andriyanti, 2013).

KESIMPULAN

Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien SKA di RSUD Tugurejo Semarang dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Dari hasil penelitian ini diharapkan perawat dapat melibatkan keluarga pada proses perawatan pasien sebagai upaya untuk mengurangi kecemasan pada pasien SKA.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada seluruh pasien SKA di RSUD Tugurejo Semarang yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada pihak RSUD Tugurejo Semarang, kepada dosen pembimbing dan dosen penguji yang selalu memberikan saran dan masukan selama proses penelitian ini, serta semua pihak yang telah membantu penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Badar., Mawaddah., M. (2013). Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien fraktur di Ruang Rawat Inap Lontara II RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Makasar. *JOM PSIK ISSN:2301-1721*, 2(1).
- Benninghoven, D., Kaduk, A., Wiegand, U., Specht, T., Kunzendorf, S., J. G. (2006). Influence of anxiety on the course of heart disease after acute myocardial infarction: risk factor or protective function? psychotherapy and psychomatics, 75, 56–61.
- Coffman, M. (2008). Effect of Tangible Social Support and Depression on Diabetes Self-efficacy. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(4), 32–39.
- Utami, Dewi., Andriyanti, Anisa., S, F. (2013). Hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kecemasan kemoterapi pada pasien kanker serviks di RSUD Dr. Moewardi. *Gaster*, 10(1).
- Effendy., Ferry, M. (2009). *Keperawatan kesehatan komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fumagalli, S., Boncinelli, L., Lo Nostro, A., Valoti, P., D. (2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: result from a pilot, randomized trial. *Circulation*, 113(7), 946–52.
- Ihdayati., Atina, I., Arifah., S. (2009). Hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pada pasien gagal jantung kongestif di RSU Pandan Arang Boyolali. *Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697*, 2(1), 19–24.

- Indrawati, L. (2014). Hubungan antara pengetahuan, sikap,, persepsi, motivasi, dukungan keluarga dan sumber informasi pasien penyakit jantung koroner dengan tindakan pencegahan sekunder faktor risiko (studi kasus di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta). *Jurnal Ilmiah Widya*, 2(3), 30–6.
- Lindsay, GM., Smith, UN., Hanlon, P., W, D. (2007). The influence of general heart status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. *UK: International Cardiology Surgery*, 85, 85–86.
- Lina, Mei., T. S. (2013). Dukungan keluarga meningkatkan kepatuhan diet pasien diabetes mellitus di Ruang Rawat Inap RS. Baptis Kediri. *Jurnal STIKES*, 6(1).
- Muro, M. . (2008). Function and motor recovery, resource utilization and family support. *American Heart Association*, 31, 1352.
- Ratcliffe, D., MacLeod, A., S, T. (2006). Anxiety in patients who have had a myocardial infarction: the maintaining role of perceived physical sensations and causal attributions. *British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapies*, 34, 201–17.
- Riset Kesehatan Dasar. (2013). Retrieved January 1, 2015, from http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan_Riskesdas2013.pdf
- Roest, AM., Zuidersma, M., de J, P. (2012). Myocardial infraction and generalised anxiety disorder: 10-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 324–9.
- Schulte, DA., Burrell, LO., Gueldner, SH., D. (2012). Pilot study of the relationship between heart rate and ectopy and unrestricted vs restricted visiting hours in the coronary unit. *Am J Crit Care*, 2(2), 134–6.
- Shiel, W. (2008). *Webster's new world medical dictionary* (3rd ed.). New Jersey: Wiley.
- Sims, JM., M, V. (2006). A look at critical care visitation: the case for flexible visitation. *Dimens Crit Care Nurs*, 25(4), 175–80.
- Lutfi, Umi., A. M. (2008). Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien dalam tindakan kemoterapi di Rumah Sakit DR. Moewardi Surakarta. *Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697*, 1(4), 187–192.

GAMBARAN KUALITAS HIDUP KELUARGA PASIEN KANKER YANG MENJALANI KEMOTERAPI DI RSUP DR KARIADI SEMARANG

Winarsih¹, Reni Sulung Utami²

- 1) Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email : winarsih.skm@gmail.com)
- 2) Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email: reni.sulung@gmail.com)

ABSTRAK

Keluarga memiliki peran dan tanggung jawab yang penting dalam merawat anggota keluarganya yang terdiagnosis kanker. Kemoterapi merupakan salah satu pengobatan pada pasien kanker yang dapat dilakukan berulang kali dalam jangka waktu yang lama, sehingga hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidup keluarga pasien. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kualitas hidup keluarga pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RSUP Dr Kariadi Semarang. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif dengan instrumen berupa kuesioner (nilai validitas 0,002-0,866 dan reliabilitas 0,950). Jumlah sampel sebanyak 88 responden, yang diambil dengan menggunakan teknik consecutive sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden memiliki kualitas hidup yang buruk (55,7%). Sembilan dari sepuluh dimensi kualitas hidup memiliki kualitas buruk dengan persentase lebih dari 50% yaitu dimensi *Social Support* (83 %), *Physical Well Being* (81,8%), *Private Life* (79,5%), *Burden* (78,4%), *Administration and Finances* (71,6%), *Leisure Time* (67%), *Self Esteem* (65,9%), *Psychology* (54,5%), dan *Coping* (51,1%). Sebagian besar keluarga pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RSUP Dr Kariadi memiliki kualitas hidup yang buruk. Dimensi *Social Support* dan *Physical Well Being* merupakan dimensi kualitas hidup yang paling banyak dirasakan buruk oleh keluarga. Pemberi pelayanan kesehatan perlu meningkatkan perhatian dan kemampuan dalam pengkajian dan pemenuhan kebutuhan keluarga pasien kanker. Pembentukan sebuah program *support group* bagi keluarga pasien kanker dapat memberikan manfaat yang positif.

Kata kunci: kanker, kemoterapi, kualitas hidup keluarga.

PENDAHULUAN

Kanker merupakan permasalahan kesehatan di dunia yang terus berkembang. Angka prevalensi kanker di dunia terus mengalami peningkatan. Global Cancer (GLOBOCAN) pada tahun 2012 memprediksikan adanya peningkatan untuk 19.3 juta kasus kanker baru per tahun pada tahun 2025 (Ferlay dkk, 2013). Di Indonesia, angka prevalensi kanker tahun 2013 sebesar 1.4% atau diperkirakan sekitar 347.792 orang (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Kanker merupakan sebuah stressor yang mempengaruhi pasien dan pasangannya, orangtua, anak dan anggota keluarga lainnya yang selalu merawat pasien. Pasien dan keluarga seringkali menunjukkan pengalaman distress psikologis yang sama baik selama fase awal perjuangan maupun beberapa tahun setelah diagnosis.

Kemoterapi merupakan salah satu pengobatan pada pasien kanker. Pengobatan kemoterapi diberikan dalam beberapa fase atau siklus, yaitu satu siklus perminggu atau satu siklus per tiga minggu. Siklus kemoterapi yang digunakan tergantung pada jenis kanker yang diderita pasien (Brunner & Suddarth, 2002). Selama pengobatan, keluarga pasien seringkali membantu perawatan fisik dan membantu kegiatan sehari-hari yang dibutuhkan termasuk di dalamnya adalah monitoring perawatan pasien, manajemen gejala yang berkaitan dengan perawatan pasien, memberikan dukungan emosional, finansial dan spiritual bagi pasien. Keluarga biasanya lebih mengutamakan perawatan pasien, sehingga menjadi kehilangan fokus pada perawatan dirinya sendiri yang berakibat pada penurunan kualitas hidupnya (Bevans & Sternberg, 2012; Gibbins et al., 2009).

Lambert, Girgis, Lecathelinis, & Stacey (2013) menyebutkan bahwa lebih dari sepertiga keluarga pasien dengan kanker mengalami kecemasan dan hampir 17% mengalami depresi klinis dengan sebagian besar keluarga dengan kanker yang mengalami depresi juga mengalami kecemasan pada 6 dan 12 bulan setelah pasien didiagnosis kanker. Glajchen (2011) dikutip dari Fujinami, Otis-Green, Klein, Sidhu, & Ferrell, (2012) menyatakan bahwa memburuknya kondisi penyakit menyebabkan peningkatan beban pada keluarga pasien kanker akibatnya keluarga merasa lelah dan tidak memiliki waktu untuk melanjutkan kegiatan sosial yang normal. Hilangnya jaringan sosial tersebut akan menimbulkan rasa terisolasi dan memburuknya psikologi dari keluarga pasien kanker.

Konsep yang mengkaji mengenai kualitas hidup pengasuhan oleh keluarga kepada pasien dengan kanker menyebutkan bahwa ada sepuluh dimensi konseptual yaitu *psychological well being, burden, relationship with healthcare, administration and finance, coping, physical well being, self-esteem, leisure time, social support*, dan *private life* (Minaya et al., 2012). Sepuluh dimensi tersebut saling berkaitan satu sama lain dipengaruhi oleh beberapa faktor.

Permasalahan yang dihadapi oleh keluarga sebagai *caregiver* akan mempengaruhi kualitas hidupnya dan berpengaruh terhadap kualitas hidup keluarga pasien kanker. Hal inilah yang melatar belakangi untuk melakukan penelitian guna memberikan gambaran secara lebih jelas tentang kualitas hidup keluarga pasien kanker yang menjalani kemoterapi di RSUP Dr Kariadi Semarang.

METODE

Rancangan penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan metode survey. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 88 responden, yaitu keluarga pasien kanker yang menjalani kemoterapi dengan kriteria inklusi yaitu berusia lebih dari 18 tahun, sebagai caregiver pasien kemoterapi lebih dari 5 kali, bisa membaca dan menulis. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini tidak ada yang ditetapkan. Tempat untuk penelitian ini adalah ruang kemoterapi di RSUP Dr Kariadi Semarang. Waktu penelitian adalah selama bulan Januari 2015. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner *Caregiver Oncology Quality of Life (CarGoCol)*. Hasil uji validitas kuesioner didapatkan rentang nilai 0,002-0,866 dan hasil uji reliabilitas kuesioner 0,950. Berdasarkan hasil uji normalitas dengan uji *Kolmogorov Smirnov*, maka kualitas hidup dinyatakan baik bila nilai mean > 101,2 dan kualitas hidup buruk apabila nilai mean ≤ 101,2.

HASIL PENELITIAN

Tabel I
Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Responden di Ruang Kemoterapi RSUP Dr Kariadi
Semarang, Januari 2015 (N=88)

Kualitas Hidup	Frekuensi n(%)
Baik	39 (44.3%)
Buruk	49 (55.7%)
Jumlah	100 (100%)

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang buruk (55,7%).

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Dimensi Kualitas Hidup Responden di Ruang Kemoterapi RSUP Dr
Kariadi Semarang, Januari 2015 (N=88)

Dimensi	Kualitas Hidup	
	Baik n(%)	Buruk n(%)
<i>Psychologic</i>	40 (45.5%)	48 (54.5%)
<i>Burden</i>	19 (21.6%)	69 (78.4%)
<i>Relationship with healthcare</i>	45 (51.1%)	43 (48.9%)
<i>Administration and finances</i>	25 (28.4%)	63 (71.6%)
<i>Coping</i>	43 (48.9%)	45 (51.1%)
<i>Physical well being</i>	16 (18.2%)	72 (81.1%)
<i>Self esteem</i>	30 (34.1%)	58 (65.9%)
<i>Leisure time</i>	29 (33%)	59 (67%)
<i>Social support</i>	15 (17%)	73 (83%)
<i>Private life</i>	18 (20.5%)	70 (79.5%)

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas yang buruk di hampir semua dimensi kualitas hidup. Dimensi *social support* yang paling banyak dilaporkan buruk kualitasnya oleh responden (83%), sedangkan dimensi *relationship with healthcare* yang paling banyak dilaporkan baik kualitasnya (51.1%)

Tabel 3

Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Responden berdasarkan Karakteristik Responden (N=88)

Karakteristik		Kualitas Hidup				Total	
		Baik		Buruk			
		n	%	n	%	n	%
Usia	18-25 tahun	2	2.27%	4	4.55%	6	6.82%
	25-35 tahun	9	10.23%	4	4.55%	13	14.77%
	36-45 tahun	6	6.82%	6	6.82%	12	13.64%
	46-55 tahun	11	12.50%	15	17.05%	26	29.55%
	56-65 tahun	10	11.36%	9	10.23%	19	21.59%
	>65 tahun	1	1.14%	11	12.50%	12	13.64%
Pendidikan	SD	9	10.23%	13	14.77%	22	25.00%
	SMP	12	13.64%	17	19.32%	29	32.95%
	SLTA	11	12.50%	8	9.09%	19	21.59%
	D3	4	4.55%	5	5.68%	9	10.23%
	S1	3	3.41%	5	5.68%	8	9.09%
Jenis Kelamin	Laki-laki	17	19.32%	22	25.00%	39	44.32%
	Perempuan	22	25.00%	27	30.68%	49	55.68%
Pekerjaan	Petani/buruh	11	12.50%	19	21.59%	30	34.09%
	Berhenti bekerja	1	1.14%	4	4.55%	5	5.68%
	PNS	5	5.68%	9	10.23%	14	15.91%
	TNI/POLRI	4	4.55%	3	3.41%	7	7.95%
	Wiraswasta	18	20.45%	14	15.91%	32	36.36%
Status Perkawinan	Belum menikah	4	4.55%	6	6.82%	10	11.36%
	Menikah	35	39.77%	38	43.18%	73	82.95%
	Janda/Duda	0	0.00%	5	5.68%	5	5.68%
Domisili	Semarang	9	10.23%	20	22.73%	29	32.95%
	Luar Semarang	25	28.41%	22	25.00%	47	53.41%
	Luar Propinsi	5	5.68%	7	7.95%	12	13.64%
Hubungan	Anak	5	5.68%	8	9.09%	13	14.77%
	Suami/istri	15	17.05%	23	26.14%	38	43.18%
	Bapak/ibu	6	6.82%	5	5.68%	11	12.50%
	Saudara kandung	8	9.09%	9	10.23%	17	19.32%
	Lain-lain	5	5.68%	4	4.55%	9	10.23%
Siklus kemoterapi	5x	16	18.18%	11	12.50%	27	30.68%
	6x	13	14.77%	17	19.32%	30	34.09%
	7x	3	3.41%	15	17.05%	18	20.45%
	8x	4	4.55%	2	2.27%	6	6.82%
	9x	2	2.27%	1	1.14%	3	3.41%
	≥10x	1	1.14%	3	3.41%	4	4.55%
Lama merawat	0-1 tahun	24	27.27%	25	28.41%	49	55.68%
	2-3 tahun	11	12.50%	21	23.86%	32	36.36%
	3-4 tahun	4	4.55%	3	3.41%	7	7.95%

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa karakteristik responden paling banyak adalah pasangan suami/istri pasien, berusia diatas 45 tahun, berpendidikan setingkat SLTA ke bawah, bekerja sebagai wiraswasta dan petani/buruh, status perkawinan menikah, berdomisili diluar kota semarang, siklus terapi ke 5 dan 6 serta lama perawatan selama 0-1 tahun. Secara garis besar jumlah responden yang memiliki kualitas baik dan buruk memiliki persentase yang tidak jauh berbeda. Berdasarkan segi usia, hampir semua responden yang usianya diatas 65 tahun memiliki kualitas hidup buruk (91.67%). Hal ini juga terlihat pada responden yang berstatus duda/janda yang keseluruhannya memiliki kualitas hidup yang buruk. Sebagian besar responden yang merawat pasien dalam rentang waktu 2-3 tahun dan memiliki siklus kemoterapi ke-7 juga memiliki kualitas hidup buruk. Namun demikian, antara responden laki-laki dan perempuan tidak terdapat perbedaan yang besar antara yang berkualitas hidup baik dan buruk. Hal ini juga terlihat pada karakteristik responden yang lainnya.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga pasien kanker yang sedang menjalani kemoterapi memiliki kualitas hidup yang buruk. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang telah dilakukan di Amerika Serikat yang menunjukkan bahwa beban pengasuhan dan perawatan pasien kanker yang menjalani kemoterapi sangat mempengaruhi kualitas hidup dan kesejahteraan *caregiver* ke arah yang lebih rendah (Tamayo, Broxson, Munsell, & Cohen, 2010).

Sembilan dari sepuluh dimensi kualitas hidup keluarga menunjukkan kualitas yang buruk di sebagian besar responden. Dimensi *social support* menjadi dimensi yang kualitasnya dirasakan buruk oleh sebagian besar responden diikuti dengan dimensi *physical well being* dan *private life*. Perburukan kondisi pasien akan meningkatkan beban pada keluarga baik secara fisik maupun psikologis. Peningkatan beban keluarga akan menyebabkan gangguan tidur, kelelahan, perilaku tidak sehat dan membatasi waktu keluarga untuk melakukan kegiatan sosial (Bevans & Sternberg, 2012). Kehilangan jaringan sosial akan meningkatkan rasa isolasi dan hal ini dapat memperburuk lagi kesejahteraan psikologis keluarga (Glajchen, 2011 dikutip dari Fujinami, Otis-Green, Klein, Sidhu, & Ferrell, (2012)). Meningkatnya tuntutan pengasuhan pasien juga dapat menyebabkan keluarga kehilangan waktu untuk bekerja, penurunan produktivitas bahkan sampai mengundurkan diri dari pekerjaan (Mazanec, Daly, Douglas, & Lipson, 2011). Hal tersebut akan memperberat beban keuangan dan isolasi sosial keluarga.

Ada berbagai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup keluarga pasien kanker. Distress emosional dan status kesehatan pasien yang memburuk berhubungan dengan kualitas hidup yang buruk pada keluarga pasien sedangkan peningkatan kesehatan mental berhubungan dengan kualitas hidup yang baik (Weitzner, Jacobsen, Wagner, Friedland, & Cox, 1999). Keluarga pasien yang mendapatkan perawatan palliative menurunkan secara signifikan nilai kualitas hidup dan kesehatan fisik keluarga.

Sebagian besar responden dalam penelitian ini merupakan keluarga dari pasien yang telah menjalani siklus kemoterapi 5-7 kali. Siklus kemoterapi didefinisikan sebagai satu waktu ketika pasien kanker menjalani pengobatan kemoterapi. Kualitas hidup keluarga diukur ketika pasien berada pada siklus lebih dari 5 kali, dimana waktu yang ditempuh dalam menjalani

kemoterapi sampai siklus ini adalah 0 sampai 1 tahun. Periode 0 sampai 1 tahun merupakan periode paling kritis untuk keluarga sebagai caregiver ketika dihadapkan pada perawatan anggota keluarga yang menderita penyakit kronis (Skeel, 1987). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga dari pasien yang menjalani siklus kemoterapi yang ketujuh memiliki kualitas hidup buruk. Namun demikian, hasil penelitian ini belum dapat menyimpulkan bahwa siklus kemoterapi dapat mempengaruhi kualitas hidup keluarga. Hal ini dikarenakan jumlah responden yang kurang berimbang antar siklus kemoterapi.

Hampir seluruh responden yang berusia ≥ 65 tahun memiliki kualitas hidup yang buruk. Pada usia ini, seseorang sudah mengalami penurunan fungsi-fungsi tubuhnya sehingga lebih rentan untuk mengalami gangguan fisik. Sebuah penelitian di Amerika Serikat mengidentifikasi adanya 36% dari caregiver yang rentan karena memiliki kondisi kesehatan yang serius dan lebih cenderung memiliki kesulitan memberikan perawatan dikarenakan umur yang lebih tua (Messecar, 2008).

Chan, Webster, & Marquart (2011) mengemukakan bahwa keluarga yang memiliki pendidikan yang tinggi akan berkurang tingkat cemasnya terhadap permasalahan yang dihadapi. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi akan lebih mudah dalam mencari dan menerima informasi terkait penyakit dan perawatan pasien begitu sebaliknya. Kurangnya pengetahuan dapat meningkatkan kecemasan dan stress pada keluarga sehingga dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup. Sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki pendidikan setingkat SMP dan SD dan sebagian besar dari mereka memiliki kualitas hidup yang buruk.

Sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah pasangan hidup pasien. Pasangan hidup memiliki kedekatan emosional yang lebih dengan pasien, sehingga mengakibatkan stress dan depresi yang dirasakan lebih berat (Bevans & Sternberg, 2012). Semakin jauh hubungan kedekatan keluarga dengan pasien maka semakin rendah beban tanggung jawab psikologis dan biaya terhadap perawatan pasien (Bowman, Rose, & Deimling, 2005).

Keluarga merupakan sumber dukungan utama bagi pasien kanker. Apabila peran dan tugas keluarga mengalami gangguan maka akan berakibat pada perawatan pasien. Beberapa intervensi telah dikembangkan untuk mengurangi permasalahan yang muncul pada keluarga pasien kanker diantaranya yaitu pendidikan psikologis, pelatihan komunikasi, pendidikan tentang coping, keterampilan dalam penyelesaian masalah dan terapi konseling. Walaupun dampaknya kecil hingga sedang, tetapi intervensi tersebut mampu menurunkan secara signifikan beban keluarga, meningkatkan perilaku coping yang positif, meningkatkan efikasi diri, meningkatkan kepercayaan diri dan keterampilan keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien serta meningkatkan kualitas hidup keluarga (Girgis, Lambert, Johnson, Waller, & Currow, 2013).

KESIMPULAN

Sebagian besar keluarga pasien kanker yang menjalani kemoterapi memiliki kualitas hidup yang buruk. Sembilan dari sepuluh dimensi kualitas hidup memiliki kualitas buruk dengan persentase lebih dari 50% yaitu dimensi Social Support, Physical Well Being, Private

Life, Burden, Administration and Finances, Leisure Time, Self Esteem, Psychology, dan Coping. Berdasarkan karakteristiknya, responden yang berusia > 65 tahun, berpendidikan setingkat SMP dan SD, status perkawinan sebagai duda/janda, siklus kemoterapi yang ke-7, dan berdomisili di dalam kota Semarang memiliki kualitas hidup buruk dengan persentase lebih besar dari 50% dibandingkan yang lain.

SARAN

Pemberi pelayanan kesehatan perlu memberikan perhatian yang lebih terhadap kebutuhan keluarga pasien kanker. Pembentukan support group bagi keluarga dapat dilakukan sebagai wahana bagi keluarga untuk saling bertukar informasi terkait perawatan pasien dan memberikan dukungan satu sama lain, sehingga harapannya dapat meringankan beban mental keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 307(4), 398–403. doi:10.1001/jama.2012.29
- Bowman, K. F., Rose, J. H., & Deimling, G. T. (2005). Families of long-term cancer survivors: health maintenance advocacy and practice. *Psycho-Oncology*, 14(12), 1008–17. doi:10.1002/pon.911
- Brunner, L.S., & Suddarth, D.S. (2002). *Buku ajar keperawatan bedah*. Vol 2. Jakarta: EGC
- Chan, R. J., Webster, J., & Marquart, L. (2011). Information interventions for orienting patients and their carers to cancer care facilities. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD008273. doi:10.1002/14651858.CD008273.pub2
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., et al. (2013). *Kejadian kanker dan kematian di seluruh dunia*. Lyon: GLOBOCAN 2012. <http://globocan.iarc.fr>.
- Fujinami, R., Otis-Green, S., Klein, L., Sidhu, R., & Ferrell, B. (2012). Quality of life of family caregivers and challenges faced in caring for patients with lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), E210–20. doi:10.1188/12.CJON.E210-E220
- Gibbins, J., McCoubrie, R., Kendrick, A. H., Senior-Smith, G., Davies, A. N., & Hanks, G. W. (2009). Sleep-wake disturbances in patients with advanced cancer and their family carers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(6), 860–70. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.04.025
- Girgis, A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A., & Currow, D. (2013). Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *Journal of Oncology Practice / American Society of Clinical Oncology*, 9(4), 197–202. doi:10.1200/JOP.2012.000690
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Situasi penyakit kanker*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi
- Lambert, S. D., Girgis, A., Lecathelinais, C., & Stacey, F. (2013). Walking a mile in their shoes: anxiety and depression among partners and caregivers of cancer survivors at 6 and

- 12 months post-diagnosis. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 21(1), 75–85. doi:10.1007/s00520-012-1495-7
- Mazanec, S. R., Daly, B. J., Douglas, S. L., & Lipson, A. R. (2011). Work productivity and health of informal caregivers of persons with advanced cancer. *Research in Nursing & Health*, 34(6), 483–95. doi:10.1002/nur.20461
- Messecar, D.C.(2008). Family caregiving nursing standard of practice protocol: Family caregiving.
- Minaya, P., Baumstarck, K., Berbis, J., Goncalves, A., Barlesi, F., Michel, G., ... Auquier, P. (2012). The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL): development and validation of an instrument to measure the quality of life of the caregivers of patients with cancer. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 48(6), 904–11. doi:10.1016/j.ejca.2011.09.010
- Skeel, R.T. (1987). *Handbook of cancer chemotherapy*. 3th Edition. London: Little, Brown and Company
- Tamayo, G. J., Broxson, A., Munsell, M., & Cohen, M. Z. (2010). Caring for the caregiver. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), E50–7. doi:10.1188/10.ONF.E50-E57
- Weitzner, M. A., Jacobsen, P. B., Wagner, H., Friedland, J., & Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 8(1-2), 55–63. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10457738>

**JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO**

Jln. Prof. Soedharto, S.H, Tembalang-Semarang
Telp. 024-76480919 Fax. 024-76486849
Website : www.keperawatan.undip.ac.id



978-602-74417-0-5